Rok LXVIII. Kraków, dnia 6. marca 1909. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Współczesne badania cukrzycy.

Podał

Wacław Moraczewski.

Cukrzyca nie przestaje zajmować fizyologów i patologów. Mimo wielu zdobyczy, któremi nowsze badania szczycić się mogą, pozostaje tajemnicą istota choroby, i prawie wszystkie usiłowania doprowadzają do udoskonalenia metod i leczenia, nie posuwając ani trochę naszych wiadomości w kierunku teoretycznym. Od czasu do czasu, choć żaden szczególny wypadek epoki nowej nie stwarza, godzi się porównać czasy minione z czasami teraźniejszymi i zsumować to, co dotąd wiemy. Z konieczności popełnia się przytem niejedną niesprawiedliwość, bo głębokie myśli, istotnie nowe poglądy zostają w cieniu, a na plan pierwszy wysuwają się badania prowadzone przez armie pracowników na potężnych klinikach.

I.

Na polu teoretycznem prac zawsze mało, bo tu i badanie trudniejsze i mniej pracujących. E. Pflüger, wycinając część dwunastnicy u żab, spostrzegał zawsze wydzielanie cukru i tłomaczył ten objaw wpływami nerwów otrzewnej, które od dwunastnicy do trzustki biegnąc, przez operacyę zostają uszkodzone. Klasyczne ukłucie Cl. Bernarda oddziaływać ma według jego zapatrywania na wydzielenie nadnercza i w ten sposób do wydzielenia cukru doprowadzać. (Przekonano się bowiem, że wstrzyknięcie większej ilości adrenaliny wywołuje wydzielenie cukru [1]). Doświadczenia Minkowskiego świadczą zatem nie o wpływie soku trzustkowego, albo wewnętrznego wydzielenia trzustki, tylko o wpływie nerwów, które operacya uszkadza. Pflüger jest rzecznikiem nerwowej teoryi cukrzycy i dopatruje się w uszkodzeniu nerwów najważniejszych czynników tego zaburzenia w asymilacyi i desasymilacyi. Oczywiście należy tu rozumieć jakiś wpływ na unaczynienie pewnych narządów, na wydzielenie mniej lub więcej szybkie fermentów, mniej lub więcej zmienionych. Wpływy nerwowe są przecie zawsze wpływami chemicznymi. Wydzielenie kwasu solnego w żołądku jest czysto nerwowym aktem; pod wpływem nerwów z tej samej ilości soli we krwi żołądkowe komórki wydzielają większą ilość kwasu bądź przez przyspieszenie dyfuzyi, bądź przez »zakwaszenie« protoplazmy. Akt ten pod wpływem nerwów spełnia się inaczej: ten sam proces chemiczny wypełnia się za gorliwie, za szybko, za gwałtownie: — owoż mniej więcej tak samo wyobraża sobie Pflüger czynność tych nerwów w dwunastnicy i w trzustce, tych nerwów, które od dna czwartej komory mózgowej idą. Cukrzyca, wywołana przez wstrzyknięcie adrenaliny ma mieć według Falty ten sam charakter, co cukrzyca po ukłuciu Cl. Bernarda.

Przypuszczam, że nawet najgorliwsi zwolennicy teoryi chemicznych przeciwko tej teoryi nerwowej tak interpretowanej nic mieć nie mogą, świadczyłaby ona bowiem tylko o tem, że na drodze nerwowej da się prędzej i wybitniej zmienić typ przeróbki materyi, niż na drodze chemicznej. Użyjmy raz jeszcze porównania z wydzieleniem soku żołądkowego. Nie udaje się zapomocą pozbawiania ustroju soli kuchennej zmniejszyć kwasności soku żołądkowego, choć przecie sól jest jedynem źródłem kwasu solnego; natomiast udaje się to łatwo przez namowę lub rozrywkę, albo odpoczynek. Nikt z nas nie wątpi, że nie namowa zmienia się w sodę, która zobojętnia kwas, jeno namowa zmienia warunki krążenia i dyfuzyi. I jeszcze jedno porównanie. Nie udaje się nawet przy bardzo znacznem ciśnieniu skroplić gaz ponad jego krytyczną temperaturą, natomiast udaje się skroplić każdy gaz zapomocą obniżania temperatury. Wpływ temperatury, to są czynniki nerwowe, sięgające głębiej, działające potężniej; wpływ chemiczny, to nasze zwykłe mechaniczne ściskanie, które pomagać może, które w wielu razach samo wystarcza, ale które przecie nigdy skuteczności tamtych wpływów nie dosięga.

W teoryi nerwowej cukrzycy nic nie zmieniają spostrzeżenia zależności wzajemnej pomiędzy gruczołami tarczowym, trzustkowym, nadnerczem i może przysadką mózgu, albo zgoła całym mózgiem; nic nie zmieniają doświadczenia, w których udało się wyciągiem z trzustki leczyć cukrzycę, wywołaną przez nadnercze (Zulzer). Właśnie te wszystkie cenne dla poznania choroby badania, utwierdzają nas w przekonaniu, że zmieniona czynność wątroby, czy całego ustroju zależna jest od tych niewyjaśnionych a tak różnych wpływów. Wiemy oddawna, że choroba Basedowa łatwo się łączy z cukrzycą, a polega przecie na niewyjaśnionym wpływie nerwowym (n. współczulny). Wiemy dalej, że nadnercze odgrywa rolę w cukrzycy nie tylko przy chorobie Adisona, ale nawet wprost przez wpływ

[1]) E. Blum. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1901. Band 91.

wyciągu na krew i tkanki. Wiemy, że nadnercze nie wywołuje glikozuryi u pozbawionych gruczołu tarczowego i że podawanie tegoż gruczołu wpływ nadnercza zwiększa. Akromegalia w 40% wypadków łączy się z cukrzycą; wreszcie najczęściej spotykana zależność cukrzycy od stanu wątroby i trzustki stoi w związku z otłuszczeniem ogólnem, skazą moczanową i t. p. Jeszcze bardziej znane, choć najmniej jasne, są wpływy układu ośrodkowego. Wielkie zmęczenie, przewroty losu, denerwujące zajęcie stanowią jedną z najczęstszych przyczyn choroby, a wszelkie wzruszenie ilość cukru powiększa. Wszystko zatem wiedzie nas do wniosku, że czynniki nerwowe stanowią główną przyczynę choroby i że w nich szukać należy istoty choroby. Cukrzyca bowiem w tej postaci, którą za typową i groźną uważać zwykliśmy, jest szaleństwem komórek, jest przewrotem w procesach ustroju, zmianą zarówno w przyswajaniu i budowaniu, jak w spalaniu i rozkładaniu.

Byłoby śmiałością, chcieć teraz nazywać cukrzycę brakiem syntezy — jak twierdzą jedni z uczonych lub niedokładnem spalaniem, jak twierdzą inni. Niezaprzeczenie cukier, który zazwyczaj przechodzi w glikogen, pozbawiony jest w cukrzycy tego spajającego fermentu. Krąży więc po ustroju bezużytecznie i wydziela się jak sól lub mocznik. Cukier powstaje nietylko z węglowodanów, powstaje niezaprzeczenie i z białka i wraz z tamtem ma budować białko. Tej syntezy niema w cukrzycy: stąd chudnięcie i wycieńczenie, które szczególniej w młodym wieku jest zabójcze. Złośliwość cukrzycy u dzieci świadczy najlepiej, że cierpi synteza, że rosnący ustrój znacznie prędzej przy braku syntezy się rozpada, niż ustrój dojrzały, który mniej buduje, a więcej odnawia. Ale nietylko synteza cierpi w cukrzycy. Trzeba przypuszczać, że część cukru jest materyałem palnym, że bądź lewozwrotny, bądź prawozwrotny cukier tę rolę na siebie biorą, że spalają się do kwasu węglowego i wody. Owóż w cukrzycy i ta własność ustawać może, zamiast cukru ustrój spala może tylko część, a potrochu spala tłuszcz i białko. Obliczania ilorazu oddechowego wykazały, że część cukru nawet w cukrzycy groźnej ulega spalaniu ($\frac{CO_2}{O}$ zbliżała się do jedności, ale zwykle bywała niższa (Mohr). Łatwość przyswajania lewozwrotnego cukru świadczyłaby o tem, że lewuloza jest materyałem palnym, a dekstroza służy do budowy. W ciężkich przypadkach jednak nawet lewuloza nie ulega spalaniu, tylko wydziela się jako dekstroza. To znowu świadczyćby mogło o tem, że i syntetyczne sprawy nawet w najcięższych przypadkach nie ustają, lewuloza bowiem musiała stać się glikogenem, aby potem rozpaść się na dekstrozę.

Wszelka sprawa, podniecająca czynności ustroju szkodzi w cukrzycy, podnosi wydzielenie cukru; i to spostrzeżenie uczy nas, że rozkład ustroju jest jakby wzmocniony, że nie brak spalania, nie ospałość, ale raczej nadmierna wrażliwość i czułość istnieć może w ustroju. O tem samem świadczą spostrzeżenia Mohra. Może dziecinny ustrój i dla tej przyczyny bardziej cukrzycą się rujnuje, że w nim wszelkie sprawy szybciej i gwałtowniej zachodzą.

Staraliśmy się zespolić w pewną całość to wszystko, co przyniosły nowe badania. Dla uzupełnienia wspomnieć należy o pracach Rosenberga, który wykazał dwie odrębne drogi spalania cukru i węglowodanów, spalanie wątrobowe i bezwątrobowe i o pracach Lépina, Schlesingera i innych, dotyczących zawartości cukru we krwi oraz fermentów glikolitycznych.

II.

Sposoby badania cukrzycy musiały z biegiem czasu uledz zmianom. Przedewszystkiem zwrócono uwagę na jednolitość cukru w moczu (Geelmuyden) i nauczono się zapomocą porównywania fermentacyi ze skręcaniem światła i z miareczkowaniem utwierdzić się w przekonaniu, czy się ma jeden gatunek cukru w moczu. Bardzo pewne próby podał C. Neuberg dla wykrycia pentozy, lewulozy i kwasu glikuronowego. Polegają one na wytwarzaniu ozasonów z fenylhydrazyną i metylowaną fenylhydrazyną. Zamiast dawniej używanej rezorcyny wprowadzono dla poznawania lewulozy pochodne od niej związki. Ale nietylko oznaczanie ilości, przedewszystkiem zużytkowanie znalezionej ilości uległo zmianie. Ilość cukru służy do obliczania ilości kaloryi, porównywa się z ilością spożytych węglowodanów i z ilością wydzielonego azotu.

Stosunek D : N znajduje się w następujący sposób: Od ilości wydzielonego cukru odejmuje się ilość cukru zawartą w pożywieniu, resztę dzieli się przez dobową ilość azotu. Jeżeli zatem w dyecie niema wcale węglowodanów, n. p. przy głodzeniu się, to stosunek D : N wyraża ilość cukru, pochodzącego z białka. Ilość ta w cukrzycy trzustkowej jest stała i wynosi u psów 2·8, — który to stosunek uważano dawniej za wyraz całego cukru z białka. Doświadczenia kliniczne nauczyły, że D : N może przekraczać nietylko 2·8, ale nawet 6·6, które stanowi granicę możności wytwarzania cukru z białka. Białko zawiera bowiem 16·6% azotu i 52·4% węgla. Z tego węgla potrzeba 8·3 gramów na wytworzenie mocznika, z danej ilości azotu N : C = 28:12 pozostaje zatem 44·1 węgla dla cukru, z czego powstać może najwyżej 110 gr. cukru (72 : 180 = 44 : 110). Zatem na 16 azotów wypada 110 cukru, czyli 6·6.

Oczywiście to suche obliczanie więcej imponuje, niżby należało. Nikt nie wie, czy azot spala się cały na mocznik, szczególniej w tych niezwykłych warunkach; może azot inną drogę wybiera. W każdym razie nawet gdyby cały węgiel białka użyty był na wytwarzanie cukru, stosunek D : N byłby 8·3, a przecie nieraz widziano D : N = 10 i wyżej.

W tych przypadkach przypuszczać należy, że nietylko białko ale i inne składniki tkanek, jak tłuszcz lub lecytyna dostarczają materyału do wytwarzania cukru, albo, że te wielkie stosunki są tylko chwilowe i wynikają z ilości zapasowej glikogenu, powstałego w czasie choroby.

Rezonowanie to nie ma być rozstrzyganiem pytania, skąd się bierze cukier, ile raczej przykładem, jak bardzo ściśle starają się wykazać zależność ilości cukru od pożywienia i bilans ustroju zbudować. Jeżeli zatem w pożywieniu znajduje się cukier, to ilość cukru tego ma być od wydzielonej ilości odjęta, a otrzymana reszta stanowi D, które się z azotem w stosunek wprowadza. Gdyby ilość wydzielanego cukru była mniejsza od wprowadzonego, stosunek D : N stawałby się ujemny i w grę nie wchodziłby wcale. Po tem, co mówiliśmy wyżej, jest to zupełnie zrozumiałe: chodzi nam o względne rozkładanie białka i obli-

czenie, czy białko ulega zmianie w cukier. I tu znowu zrobimy małe zastrzeżenie. Bardzo być może, że część białka ulega zmianie, a reszta cukru powstaje z węglowodanów. Nadzwyczajnej pewności nie mamy, czy ustrój zawsze spala naprzód węglowodany, zanim się do białka zabierze.

Falta (klinika Noordena), który w ostatnich czasach bardzo dużo nad badaniem cukrzycy pracował, wprowadził inny jeszcze współczynnik, który nazwał Q. Ten współczynnik otrzymuje się, dzieląc ilość wydzielonego cukru przez ilość białka i węglowodanów. Z białka ma powstawać 5 razy tyle cukru, co azotu; zatem $5 \cdot N$ oznacza ilość cukru z białka, reszta K jest ilością węglowodanów.

Wzór wygląda tak:

$$A = \frac{D}{5 \cdot N + K}$$

D cukier w moczu.
$5 \cdot N$ cukier z białka z pożywienia.
K cukier z węglowodanów z pożywienia.

Iloraz ten ma dawać wskazówki, jak się zachowuje ustrój i szczególniej ma o wytwarzaniu cukru z białka świadczyć. Oczywiście im mniejszy iloraz, tem korzystniejsze warunki odżywiania.

Zapomocą tego ilorazu uwidoczniono wpływ szkodliwy białka, a raczej wykazano, że przy większej ilości białka iloraz się powiększa.

III.

Zachowanie się białka w ustroju chorych na cukrzycę stanowiło oddawna przedmiot badania licznych uczonych i wbrew przypuszczeniom stwierdzono, że białka stosunkowo mało się rozkłada [2]). Jeżeli choremu podawać duże ilości białka, wtedy znaczna część azotu ulega zatrzymaniu. Taka hypazoturya, oddawna znana francuskim badaczom, wydawała się nieprawdopodobną. Bardzo długo trwało wahanie się, czy zatrzymanie azotu ma oznaczać przyrost białka, czy nie. Francuzi dawno zdecydowali, że takie zatrzymanie azotu nie oznacza przyrostu białka. W wielu razach waga ciała nie zmieniała się wcale, ani stan ogólny się nie poprawiał. Musiano tedy przyznać, że azot zatrzymany bywa może w innej postaci, np. jako kwas moczowy, jako kwas amidowy i t. d. Przeciwko temu dotąd buntują się zachowawcze umysły niemieckich uczonych i najbardziej typowe zatrzymania azotu skrupulatnie przerachowywują na białko, dziwiąc się nabożnie, gdzie się ono podziewa. Ani trochę więcej śmiałości nie okazał Falta, który sprawie zatrzymania białka wiele miejsca w pracy swej poświęcił Wnosi on tylko, że cukrzyca nie rozkłada białka nadmiernie, że ma raczej skłonność do oszczędzania białka. Tym sposobem nawet dzienne zatrzymywanie 14 gr. azotu świadczy, że »białko nie ulega większemu niż zwyczajnie rozkładowi«. Znamy przecież inne choroby, które obniżają przemianę materyi, do nich należy obrzęk śluzowaty (albo raczej *athyreoidismus*). Zaburzenia czynności gruczołu tarczowego wywołują zatrzymanie azotu, mniejszy rozkład azotu. Dodanie ustrojowi produktów gruczołu tarczowego wzmaga natomiast wydzielenie azotu. Należy zatem przypuszczać, że w tych przypadkach, gdzie azot tak wybitnemu ulega zatrzymaniu, gra rolę gruczoł tarczowy, albo inny, mający podobny wpływ na przeróbkę tkanek.

²) Badania kalorymetryczne wykazały pewne niedotlenianie się ustroju, co niezupełnie łatwo daje się pogodzić z tem, co mówiliśmy wyżej.

W tem powolnem spalaniu leży jedna z najznamienniejszych cech cukrzycy. Wszystko, co podnosi szybkość spalania źle wpływa na wydzielanie cukru. Dawno wiemy o szkodliwości mięsa w cukrzycy, a pożyteczności głodu. Kolisch głosił heretyckie zasady, że cukrzycę leczyć trzeba węglowodanami, a nie mięsem. Nieraz spotyka się artykuły, w których propaguje się karmienie cukrem. W tem wszystkiem jest trochę prawdy, a więcej jeszcze prawda występuje, jeżeli rady te opatrzeć komentarzami: karmienie cukrem mogło być niedostatecznem odżywianiem a przypadek mógł być niezbyt ciężki; wpływ głodu, wpływ dodatni przeważył. Zdanie Kolischa podzielają wszyscy, którzy cukrzycą się zajmowali; każdy wie, że bez porównania mniejszy jest skutek mięsnej dyety, niż dyety roślinnej. Nadto, można zapomocą rachunku wykazać, że spalanie cukru i węglowodanów znacznie jest dokładniejsze przy dyecie mało mięsa zawierającej, niż przy dyecie mięsnej. Zatem nie ulega wątpliwości, że wszystko, co podnieca rozkład białka, co podnieca przemianę materyi, szkodzi spalaniu cukru i wiedzie do obfitszego wydzielania. Na dowód możnaby przytoczyć dwie liczby, wyjęte z pracy Falty:

Węglowodanów	135	Węglowodanów	24
Azotu	8	Azotu	15
Cukru w moczu	86	Cukru w moczu	81·9
$Q = 48{\cdot}6$		$Q = 81.$	

Widzimy zatem, że przy większej ilości azotu tak zwana tolerancya jest znacznie mniejsza i widzimy dalej, że 135 węglowodanów lepiej spożytkowuje ustrój, niż 15 gr. białka. Wszystkie te liczby wskazują na nieprawidłowy rozkład białka w cukrzycy i tłomaczyć powinny objaw utrzymania azotu, tak często spotykany, oraz bezwarunkowo szkodliwy wpływ, jaki białka w niektórych razach wywierają.

Cukrzyce bowiem bywają bardzo różne i są takie, które szczególniej na białko są czułe. Nie trudno wtedy wykazać, że zarówno przy zastąpieniu węglowodanów przez białka, jak i przy superpozycyi, t. j. dodaniu białka do pożywienia ilość cukru się wzmaga wyraźnie. Co więcej, dodatek białka znosi ustrój gorzej niż dodatek cukru. Takie przykłady uczą, że cukier w niektórych razach jest tem, czem kwas szczawiowy albo moczowy, że wydziela się niezależnie od pożywienia, że to nie jest cukromocz pokarmowy, tylko zboczenie rozkładu tkanek. Usuwanie cukru w pożywieniu jest tak samo naiwne w tych razach, jak usuwanie szczawianów w oksaluryi. Przyczyna oksaluryi nie leży w tych drobnych ilościach, zawartych w pomidorach lub szczawiu, tylko z nieprawidłowym rozkładem białka. I wydzielenie cukru — w takich razach — nie zależy od ilości wprowadzonego cukru, tylko od niewłaściwej sprawy spalania. W wielu przypadkach leczymy cukrzycę zupełnie czem innem, niż sądzimy. Wydaje nam się, że leczymy ją brakiem cukru w pożywieniu, a faktycznie leczymy ją głodem, który ten brak cukru wywołuje. Któż z nas nie zna tych świetnych wyników pierwszych dni, po których aż nadto prędko następują uparte »nieświetności«. Tu się już ustrój do głodu przyzwyczaił, albo głód białkiem zaspokoił, psując tym sposobem główny czynnik leczenia. Oczywiście

nie mówimy tu o wszystkich cukrzycach, mówimy raczej o pewnym ich gatunku.

Tak jak na białka, czułe bywają inne cukrzyce na tłuszcz. Prawie zawsze ulega przytem cukier gorszemu spalaniu i chociaż zazwyczaj bezwzględna ilość cukru spada, jednak stosunek do azotu się zwiększa. (Przy białku nawet bezwzględna ilość cukru się powiększa). Taki wpływ świadczy o tem, że tłuszcz w szczególnych razach dotyka sprawy spalania w sposób dla cukrzycy szkodliwy, że sprawę spalania powiększa Jeżeli zatem w tej gwałtowności spalania leży główny powód wydzielenia cukru, to czynnik taki, jak tłuszcz, jest niepożądany. Że tłuszcze powiększają ilość acetonu, to nietylko stwierdzono wielokrotnie, ale podano nawet tego przyczynę. Uważają, że kwasy tłuszczowe są tego powodem, wykazano nawet, że podawanie kwasów tłuszczowych podnosi ilość acetonu więcej, niż same tłuszcze. Nie wszyscy jednak przekonać się dali temu prostemu tłomaczeniu. Dla wielu wpływ tłuszczów jest bardziej skomplikowany, niż dla szczęśliwych badaczów acetonu. Wykazały między innemi badania Biernackiego, że przy dodaniu tłuszczu do pożywienia cały rozkład azotu ulega zmianie. Niejednokrotnie i mnie udało się dowieść, że dodatek tłuszczu wzmaga wydzielenie indykanu, szczawianów i acetonu jednocześnie, wzmaga wydzielenie kwasu moczowego i cukru, który jest ich starszym bratem. Przypadki cukrzycy, które gorzej znoszą tłuszcze niż białko, są znowu pewną odmianą cukrzycy, w której albo powodem jest narząd, czuły na tłuszcze, albo tłuszcze wpływać muszą szczególnie energicznie na podniecenie rozkładu białka. Przykładem takiego ustroju, czułego na tłuszcz, są przypadki Allarda Hesse i Bernsteinna Balaffio, Westenrijka, z których pracy przytoczymy następujące zestawienie:

Dużo białka i tłuszczu, mało węglowodanów:
cukru 316 (w pożywieniu 107) D : N = 7.3.

Mało białka i tłuszczu dużo węglowodanów:
cukru 670 (w pożywieniu 547) D : N = 2·9.

Średnio białka, dużo tłuszczu, dużo węglowodanów:
cukru 1574 (w pożywieniu 980) D : N = 10·7.

Mało białka, średnio tłuszczu, dużo węglowodanów:
cukru 1439 (w pożywieniu 1360) D : N = 2·05.

Dużo białka i tłuszczu, średnio węglowodanów:
cukru 1671 (w pożywieniu 1159) D : N = 4·9.

Średnio białka, dużo tłuszczu, mało węglowodanów:
cukru 687 (w pożywieniu 376) D : N = 8·4.

Wynika stąd, że węglowodany spalają się lepiej bez tłuszczu i białka, że tłuszcz szczególniej obniża w tym wypadku tolerancyę [3]).

Z kolei przechodzimy do omówienia wpływu węglowodanów. Liczne spostrzeżenia pozwoliły z niejaką ścisłością wyrazić prawo najogólniejsze, wedle którego ilość wydzielonego cukru zależną jest od ilości wprowadzonego. Brzmi to napozór bardzo, może nawet zbyt zrozumiale, ale pamiętajmy, że o białku nie da się tego samego powiedzieć, pamiętajmy dalej, że większa ilość mogłaby wywoływać stosunkowo większe albo stosunkowo mniejsze wydzielenie. Prawo to, dość ogólnie sformułowane, wymaga pewnych zastrzeżeń. Ustrój w cukrzycy nie jednakowo znosi wszelkie gatunki cukru. Najgorzej znosi maltozę, najłatwiej mąkę z owsa. Są ustroje, które doskonale znoszą cukier mleczny, — inne cukier kartoflany, — stąd te rozmaite dyety: mleczna, kartoflana i t. d., oparte czasami na niedość licznych spostrzeżeniach, a zbyt często uogólniane.

W ogólności, jako drugie prawo dotyczące węglowodanów można wymienić zdanie, że jednolite węglowodany lepiej znosi ustrój, niż mieszane. Noorden na mocy licznych spostrzeżeń powziął śmiały zamiar leczenia cukrzycy mąką owsianą. Nowy ten sposób został wielokrotnie wypróbowany (istnieje od roku 1902) i prawie wszyscy badacze przyznają, że wyniki są pomyślne. Oczywiście wyniki te nie są długotrwałe, bo zazwyczaj do dyety owsianej ucieka się w ostateczności, kiedy nie pomagają inne dyety, a powtóre zauważyć się dało, że dyeta owsiana sprawia skutek najświetniejszy za pierwszym razem, a potem działać przestaje. W. His wytwarzał z owsa wyciągi wyskokowe, które jakoby wpływać miały na obniżanie wydzielenia cukru. W jego klinice przekonano się, że owies nietylko wpływa dodatnio, jeżeli nim zastąpić wszystkie inne węglowodany, ale nawet wtedy, kiedy się go do węglowodanów innych dodaje. To spostrzeżenie zachęciło go do badania wyciągów z owsa.

Jest rzeczą znaną, że cukier lewozwrotny, cukier owocowy albo lewuloza, spala się lepiej od innych w ustroju i podawany w cukrzycy ilości wydzielonego cukru nie zwiększa. Spostrzeżenie to wraz z temi wiadomościami, jakie o zachowaniu się lewulozy w ustroju prawidłowym i w tak zwanych lewulozyach posiadamy, doprowadziło do pewnej teoryi. Przypuszczamy, że każdy ustrój buduje z glikozy a lewulozę spala. Stąd łatwość wydzielenia w cierpieniach wątroby, stąd względna tolerancya w cukrzycy. Są jednak przypadki, w których ruchliwość cukru (Falta: »Zuckermobilisirung«) tak jest znaczna, że nawet lewuloza wydziela się jako dekstroza. Zazwyczaj lewuloza oszczędza bardziej białko ustroju, niż inne cukry, a nawet, jak dowiódł Minkowski, przyczynia się do wytwarzania glikogenu u psów pozbawionych trzustki. W ciężkich przypadkach żaden cukier nie zdoła zmniejszyć rozkładu białka, a lewuloza wpływ swój traci. Musimy jednak zaznaczyć, że we wszystkich razach wpływają węglowodany na wydzielenie acetonu i często dlatego używane i nadużywane bywają.

IV.

Do charakterystyki cukrzycy należy wydzielanie acetonu i kwasów aceto-octowych i wodano-masłowych. Prawie wszyscy badacze przypisują tłuszczom wpływ szczególny na te ciała, nazywają ich powstawanie acydozą czyli zakwaszeniem i zwalczają je wielkiemi dawkami zasad. Nie można przeczyć wynikom doświadczeń, ale przecie wszystko, co dotąd o tych ciałach pisano, sprawia wrażenie pewnego nieporozumienia. Ciała te należą do zwykłych produktów ustroju. W prawidłowych warunkach zwiększają się przez tłuszcze a zmniejszają przez zasady, ale równie dobrze przez białko lub węglowodany. Wydzielenie ich w cukrzycy nie

[3]) Tolerancyą, jak wiadomo, nazywamy możność spalania węglowodanów bez wydzielania cukru i usiłowaniem każdego leczenia jest podniesienie tolerancyi.

może podlegać wpływowi masła lub kwasów tłuszczowych, ani nie zmienia się pod wpływem zasad, tylko raczej zasady zmieniają ogólną sprawę spalania, tak jak ją zmienia brak tłuszczu lub wielka ilość cukru. To pewna, że aceton i jego praciała są w związku najściślejszym z całą sprawą, której objawem jest cukrzyca i zwalczanie tej sprawy zasadniczej jest »koniecznym i wystarczającym« warunkiem leczenia. Minkowski jeden z najlepszych znawców cukrzycy, ostrzega przed zbytnią obawą acetonu. Kto chce mieć wynik, musi czasami bez względu na powiększanie się acetonu dalej konsekwentnie ustrój odcukrzać i głodzić, aby nie wpaść w to błędne koło, w którem jutro psuje dziś i wiedzie do wczoraj. Aceton miewają wogóle cukrzyce zaniedbane, tracą go przy bezcukrowej dyecie, to jest prawo ogólne.

Kwaśność moczu — nie krwi, która wcale mniej zasadową nie jest — bywa bardzo uparta w cukrzycy. I to jest jeden z objawów stałych. Kwaśność ta nie ustępuje pod wpływem wielkich dawek zasadowych soli. Nawet 30 do 60 gramów sody dziennie nie daje żadnych oznak w moczu. Energiczniej działa może magnezya i wapno ze względu na wielkość cząsteczek lub powolności wydzielania. Przed wielu laty, badając zachowanie się wapna w cukrzycy, wyraziłem zdanie, że kwaśność moczu lepiej jest zwalczać solami wapna, tembardziej, że ustrój traci sole wapniowe wskutek rozpuszczalności cukrzanu wapna. Z czasem w dwutlenku magnezyi znaleziono środek energicznego odkwaszania moczu, ale jak wszystko, co dotychczas w cukrzycy stosowano, okazał się on tylko w nielicznych lekkich przypadkach skutecznym.

V.

Omawiając rozmaite objawy cukrzycy, które mają rzucać światło na tę wyjątkową chorobę, dotykaliśmy z konieczności i sprawy leczenia. Z tego, co nowsze badania wykryły, nie wynika bynajmniej, żeby w leczeniu trzeba było zaprowadzać zasadnicze zmiany. Cukrzyca jest nadmiernem spalaniem — uruchomieniem cukru. Wszystko, co ustrój zmusza do apatyi, leczy ją; — zatem najogólniej wszystko to, co pozbawia ustrój nadmiaru energii. W lekkich przypadkach ruch fizyczny wpływa na zmniejszenie się cukru (Minkowski); w ciężkich szkodzi, ale ciężkie przypadki wogóle niczem ratować się nie dają. Czasami wpływać ma ciepło dodatnio (Luthje), o czem zresztą nikt się stanowczo nie przekonał. Pokarm, trudno się przyswajający, białko i tłuszcz w postaciach lekkich zazwyczaj zupełnie usuwa zatarg pomiędzy spożytkowaniem a wydzielaniem. Że w ciężkich sprawach białko i tłuszcz gorzej znoszone bywają, ma nas nauczać, abyśmy nie przekarmiali ustroju i z wielką trzeźwością wymierzali stosunek pomiędzy tłuszczem, białkiem i węglowodanami, ma nas ostrzegać przed jednostajnością dyety i przypominać, że każda cukrzyca jest światem nieznanym, że niema dwóch jednakich cukrzyc na ziemi.

Więcej niż nasza dyeta, która jest pewnego rodzaju objeżdżaniem wilka, a nie leczeniem, obiecują nam leczenia narządami, tlenem i t. p. Na razie są to rzeczy bardzo mało wypróbowane. Zülzer wstrzykiwał sok z trzustki i znalazł, że to nic nie szkodzi. Wstrzykiwanie tlenu do krwi pomagało psom, o ile nie wywoływało u nich skrzepów we krwi; na ludziach nie odważono się dotąd robić tych doświadczeń. Zaszywanie trzustki między tkanki, karmienie gruczołem tarczowym może z czasem stanie w szeregu sposobów leczenia. Wreszcie operacyjne leczenie tej choroby, która przecie z nerwami ma tyle styczności, ma widoki. Tymczasem mimo wielu bardzo świetnych odkryć i doświadczeń, przyznają najlepsi znawcy, że o istocie choroby nic nie wiedzą, że ją zaliczać muszą do szeregu takich, jak akromegalia, choroba Adisona, obrzęk śluzowaty — zresztą zazwyczaj z cukrzycą połączonych. To pewna, że doświadczenia lat ostatnich przekonały nas, jak bardzo dużo spraw zwykłych, spraw fizyologicznych odnaleść można w cukrzycy, przekonały nas, że są to tesame, tylko wzmocnione, rozszalałe sprawy, wskazały na podobieństwo, jakie między zwykłem spalaniem w ustroju, a spalaniem cukrzycy zachodzi. Tem samem torują drogę do istoty sprawy.

Przyrząd do miesienia cieplnego dla praktycznego lekarza.

podał [1])

Dr J. Kitaj

asystent wiedeńskiej polikliniki.

Miesienie cieplne uważać musimy za kombinacyę termoterapeutycznych metod leczniczych z rękoczynami mechanicznymi. Ten rodzaj mechanoterapii znalazł dziś ważne zastosowanie w licznych działach medycyny praktycznej, a do uprawiania go według zdania Prof. Winternitza wcale nie są konieczne specyalnie urządzone zakłady lecznicze, ani też skomplikowane przyrządy. Także i w mniej wygodnych warunkach, w praktyce prywatnej, używać można miesienia cieplnego z dobrym wynikiem.

Przy tej sposobności pozwalam sobie przedstawić krótko działanie fizyologiczne podrażnień termomechanicznych. Jak wiadomo, działa miernie użyte oziębienie wzmacniająco. Przy zastosowaniu zimna na serce można zauważyć, że liczba tętna opada, krzywa tętna podnosi się po krótkim czasie. Ciśnienie w naczyniach krwionośnych również wzrasta, a uderzenia koniuszka sercowego stają się silniejsze. Według Brückego i Horwatha działanie to przypisać należy obniżeniu ciepłoty. Wyższa ciepłota wywiera widoczny wpływ na wszystkie czynności ustroju, inerwacyę, cyrkulacyę i rozdzielenie krwi, jakoteż na wymianę materyi. Działanie to nie ogranicza się tylko do skóry, lecz udziela się także głębiej położonym tkankom i narządom wewnętrznym. Zależnie od stopnia ciepłoty i czasu stosowania działać można uśmierzająco lub podniecająco. Pod wpływem wreszcie bardzo wysokiej ciepłoty rozszerzają się naczynia krwionośne, co nam pozwala wywołać w dowolnem miejscu sztuczne czynne przekrwienie, przyspieszyć wessanie wysięków, ożywić miejscową wymianę materyi (przez to możemy zmiękczać i rozdzielić guzy dnawe). Leczenie ciepłem pozwala nam dalej wywołać pewne zmiany w głębiej położonych narządach, wywierać wpływ na wydzielanie kwasu solnego w żołądku i na wydzielanie żółci. Działanie ciepła podnosi, według badań Mathesa i Puschkina, sprawność ruchową żołądka.

Gdy także miesienie wywiera wielki wpływ na krążenie krwi, na czynność serca, oraz na ciśnienie w naczyniach, jakoteż na wchłanianie wysięków i wymianę materyi, przeto — rzecz prosta, — połączenie obu czynników, to znaczy termoterapii z wpływami mechanicznymi (miesieniem) daje lekarzowi w rękę spotęgowany środek leczniczy.

Po raz pierwszy zastosował kombinacyę termoterapii z miesieniem, jako miesienie cieplne, Goldscheider. Później sporządzono w tym celu wiele przyrządów, jak np. hydrotermostat

[1]) Odczyt w Towarzystwie medycyny fizycznej i w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich.

Welandera, termofor Salaghiego i t. d. — Krause, Bier, Greville, Lindemann, Verstätter, Frey, Leiter i Winternitz podawali przyrządy z różnego materyału i używali pary, elektryczności lub ciepłej wody do ich ogrzewania.

Przyrząd, przezemnie używany, jest to wydrążony walec blaszany, który można dowolnie napełnić zimną lub ciepłą wodą przez szczelnie zaśrubowywany otwór, znajdujący się na jednym z końców. Końce walca spoczywają w zakończeniach pręta kształtu ⊓, zaopatrzonego pośrodku drewnianą rączką, którą (dla wygodnego przenoszenia) można odśrubować, a do której przymocowana jest śrubka, służąca do połączenia walca z prądem elektrycznym. W ten sposób używać można aparatu równocześnie także do miesienia elektrycznego. Cały przyrząd ma budowę bardzo prostą, przypominając walce z bibułą, używane po biurach do wysuszania pisma.

Przyrząd ten nadaje się zupełnie do użytku lekarza praktycznego. Można go z łatwością z miejsca na miejsce przenosić. Do użycia należy napełnić go ciepłą lub zimną wodą, o co wszędzie łatwo. Również łatwo zastosować ten przyrząd do miesienia elektrycznego. Napełniony wodą waży $^1/_2$ kg., wywiera więc równocześnie swoim ciężarem ciśnienie i działa przez to mechanicznie. Przyrząd, sporządzony z trwałego materyału, nie jest tak łatwo narażony na zepsucie. Walec metalowy jest zupełnie gładki; przed miesieniem nie potrzeba wcale skóry pudrować, ani namaszczać, co jak wiadomo, wywołuje czeraki lub zapalenie skóry.

Użycie tego przyrządu pozwala z powierzchni ciała, przez odpowiednio zastosowane podrażnienia, wyzwalać bodźce nerwowe, działające na głębsze narządy. Natężenie podrażnień nerwowych można przytem łatwo stopniować, bo zależy ono od stopnia ciepłoty, od czasu stosowania, od wielkości przestrzeni drażnionej ciepłem, wreszcie także od równocześnie z tem połączonego wpływu mechanicznego. Stosownie do rozmaitej kombinacyi tych czynników można zapomocą tego przyrządu wywrzeć rozmaite wpływy na układ nerwowy, na naczynia krwionośne, na krążenie krwi miejscowe lub ogólne, albo też na wymianę materyi. Miejscowe użycie ciepła »in loco morbi« jest szczególnie w tych przypadkach polecane, gdzie jest wskazane użycie ciepła często i na dłuższy czas, a przeprowadzenie ogólnych procedur nie byłoby bez szkody dla ustroju, więc np. przy gośćcowych bolach mięśni, przy rwie kulszowej i przy znanych błyskawicznych bolach w wiądzie rdzenia; dalej w tych przypadkach, w których zamierzamy przedewszystkiem podrażniająco działać na skórę.

Znaczniejszą liczbę chorych z poliklinicznego ambulatoryum dla chorób nerwowych (Prof. Benedikta) poddałem leczeniu zapomocą mojego przyrządu i zauważyłem, że przyrząd ten nadaje się przedewszystkiem do leczenia następujących grup chorobowych (z których przytoczę krótko po kilka przypadków):

I. grupa. Ból lędźwiowy (*lumbago*). — Józefa R., wdowa po urzędniku, 70 lat, cierpi od roku 1903 na ból lędźwiowy. Cała okolica lędźwiowa jest wrażliwa na ucisk, ruchy tułowia, zginanie się i obracanie się w rozmaitych kierunkach są bardzo bolesne i często też w małych rozmiarach niemożliwe. Chora była z powodu swego cierpienia w zakładzie kąpielowym w Töplitz-Schönau, jednakowoż doznała tam tylko chwilowo ulgi. Miesienie gorącym walcem wywołało już po kilku dniach znaczne polepszenie, a dalsze leczenie (10 razy) zupełne ustąpienie bolu.

II. grupa. Bole w wiądzie rdzenia. — Marya St., 52 lat, wiąd rdzenia. Cierpi na ustawiczne »rwanie« w nogach. Ból ten staje się po wysiłkach cielesnych często nieznośnym. Chora utrzymuje, że ciepłe miesienie moim przyrządem uśmierza jej najlepiej bole. — Arnold B., 47 lat, wiąd rdzenia. Chory skarży się na błyskawiczne bole w nogach. Miesienie ciepłym walcem działa również uśmierzająco. Chory kupił sobie przyrząd i przez miesienie, które sam w domu wykonuje, łagodzi bole.

III. grupa. Zapalenie nerwów. — Edward W., 50 lat, stróż, zachorował w marcu z. r., po grypie na zapalenie nerwów w dolnej części prawego splotu barkowego. Choroba rozpoczęła się silnymi rwącymi bolami w połączeniu z parestezyą prawego ramienia. Zarazem ukazało się osłabienie ruchowe w odpowiednich mięśniach. Ucisk na nerwy ramienia sprawia nietylko miejscowe, ale także dośrodkowo i odśrodkowo wzdłuż nerwów rozchodzące się bole. Przytem bolesna przeczulica skóry, zmniejszenie wrażliwości na prąd elektryczny, niedowład przedramienia, jakoteż mięśni ręki i palców. Ciepłe miesienie moim przyrządem, początkowo bardzo ostrożnie stosowane, usunęło już po kilku posiedzeniach przeczulicę skóry, a po dwutygodniowem leczeniu wróciły (chociaż trochę ograniczone) ruchy palców, a potem całego przedramienia i ramienia. — Józefa P., żona adwokata, 36 lat, przeszła w kwietniu z. r. grypę z ogólnymi objawami nerwowymi. Podczas choroby powstały parestezye w lewem ramieniu w połączeniu z wielką wrażliwością na ucisk i z osłabieniem ramienia, oraz z opuchnięciem grzbietu lewej ręki. Z porady wiedeńskiego neurologa, który rozpoznał zapalenie nerwów, udała się chora do Badenu koło Wiednia. Mimo fango, siarki, gorącego powietrza i prądu elektrycznego, nie ustąpił obrzęk ręki. Chorą tę leczyłem letniem miesieniem moim przyrządem; ponieważ musiała wyjechać, kupiła sobie przyrząd i miesiła ramię według mych wskazówek 2 razy dziennie. Po miesiącu doniosła mi, że obrzęk ręki i bole ustąpiły.

IV. grupa. Dna (*arthritis urica*), gościec. — Franciszek K., 62 lat, cierpi od roku na opuchnięcie palców u rąk, nóg i obrzęk stawów barkowych. Prawie wszystkie stawy palcowe i palcowośródręczne zgrubiałe i zniekształcone. W obu stawach barkowych są ruchy czynne i bierne bardzo ograniczone. 35 kąpieli rosyjskich, które choremu polecono, nie miały wielkiego wyniku. Gorące miesienie przyrządem usunęło po dwu tygodniach zmiany chorobowe, a chory mógł w stawie barkowym wykonywać ruchy we wszystkich kierunkach prawie zupełnie swobodnie.

V. grupa. Twardzina skóry (*sclerodermia*). — Marya H., 19 lat, zgłosiła się do mnie 13 sierpnia z. r. z twardziną skóry na prawej dłoni. Skóra dłoni ma powierzchnię gładką i jest jednostajnie zgrubiała. Pod palcem nie powstaje w skórze zagłębienie, skóra jest w dotyku twarda i chłodna, nie da się ująć w fałdy ani przesuwać. Podmiotowo odczuwa chora napięcie skóry i strzykanie. Czucie pozostało prawidłowe; wydzielanie potu znacznie zmniejszone. Codzienne przez 2 tygodnie stosowane miesienie ciepłym walcem sprawiło, że skóra odzyskała giętkość i poruszalność.

VI. grupa. Nerwobole wewnętrzne, występujące jako objawy histeryi lub samodzielnie, jako choroby odpowiednich nerwów, dają się, jak wiadomo, uśmierzyć przez użycie ciepła, a więc także przez użycie ciepłego walca.

VII. grupa. Nawykowe zaparcie stolca. — Rosina Z., 35 lat, cierpi od 5 lat na nawykowe zaparcie stolca. Mimo ciągłego leczenia stan ten pogarsza się coraz bardziej. Wlewania do odbytnicy i środki rozwalniające nie pomagają wcale w ostatnich czasach, chora często 6—7 dni nie ma stolca. Chora zaprząta swe myśli zupełnie swem cierpieniem, unika towarzystwa i rozrywek, a cierpi na ból głowy, ciśnienie w brzuchu i uczucie strachu przed dalszymi skutkami tego stanu. Gorące miesienie w połączeniu z faradyzacyą brzucha polepszyło znacznie stan chorej bez pomocy jakiegoś innego lekarstwa lub nadzwyczajnej dyety.

VIII. Nerwowy ból głowy. — Rosina J., 54 lat, od roku miesiączka ustała, od 8 miesięcy ból głowy. Badanie narządów wewnętrznych stwierdza stosunki prawidłowe. Również i w układzie nerwowym nie stwierdzono żadnych zmian prócz przeczulicy skóry głowy, a szczególnie na granicy kości ciemieniowej i potylicznej jest skóra nadzwyczajnie wrażliwa na ucisk. Chora określa swe dolegliwości, że »wszystko pod skórą głowy jest zranione«. Zarówno w tym, jakoteż w innych przypadkach nerwowego bolu głowy następowała po lekkiem miesieniu zimnym lub też ciepłym walcem znaczna ulga lub też bole znikały na pewien czas.

VIII. grupa. Nerwowe bicie serca. — Anna W., 26 lat, cierpi od ostatniego połogu przed 14 miesiącami na nerwowe bicie serca. Badanie serca nie stwierdza żadnej choroby serca; w zakresie układu nerwowego oznaki lekkiej neurastenii. Chora uskarża się na uczucie lęku z uczuciem bicia serca i bolu w okolicy serca. Te dolegliwości wzmagają się znacznie po lekkim już wysiłku cielesnym, irytacyi, po spożyciu kawy i po obiedzie, jakoteż przed spaniem. Liczba tętna wynosi u chorej leżącej 78, u stojącej 96, a po kilku ruchach, jak np. zgięcie się, 102. Z porady lekarza używała chora dotychczas zimnych okładów na serce. Zimne miesienie okolicy serca, przez tydzień codziennie wykonywane, osłabiało w tym i innych podobnych przypadkach uczucie lęku i bicie serca, a usuwało je zupełnie po dłuższym czasie.

Przyrządem posługiwałem się w sposób następujący: 1) W przypadkach bolu lędźwiowego, gośćca mięśniowego i dny: przyrząd napełniony wodą gorącą i połączony z prądem induk-

cyjnym, miesienie silne. 2) W przypadkach nerwobolów żołądka i trzew brzusznych: przyrząd gorący, miesienie mniej silne. 3) Nawykowe zaparcie stolca: przyrząd gorący, połączony z prądem indukcyjnym, miesienie wzdłuż okrężnicy od kątnicy ku odbytnicy. 4) Bole błyskawiczne w wiądzie: przyrząd, napełniony wodą letnią, miesienie mniej silne. 5) Parestezye w toku neurastenii, bole w toku zapalenia nerwów: przyrząd letni, połączony z prądem indukcyjnym, miesienie niezbyt silne. 6) Twardzina skóry: przyrząd gorący, miesienie silne. 7) Nerwowy ból głowy: lekkie miesienie zimnym, ewentualnie ciepłym walcem na czole i karku. 8) Nerwowe bicie serca: przyrząd napełniony wodą zimną. — Za każdym razem wykonywałem miesienie przez 10 minut [1]).

Na końcu pozwalam sobie memu szanownemu szefowi, Prof. Benediktowi, za przychylne zajęcie, okazywane moim próbom, wyrazić podziękowanie.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Hart. **Usposobienie szczytów płuc do gruźlicy i przyczyna powstawania pierwotnego ogniska w szczytach.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 3). Zawiłą sprawę usposobienia do gruźlicy pewnych przedewszystkiem osobników, oraz sadowienie się zmiany pierwotnie u dorosłych — w przeciwieństwie do dzieci — w szczycie płucnym, tłómaczy doskonale teorya Freunda, uzupełniona badaniami Harta i Harrassa. Jądro sprawy leży tu w niewykształceniu lub powstrzymaniu w rozwoju chrząstki pierwszego żebra, która jest nadmiernie krótka (Freund), co jest przyczyną ścieśnienia górnego otworu klatki piersiowej. Ta sama zmiana dotyczy też często chrząstki drugiego żebra (Hart). Badania Harta wykazały nadto, że całe pierwsze, a często i drugie żebro, bywa w tych razach niezwykle słabo rozwinięte. Nadmierna krótkość chrząstki pierwszego żebra doprowadza ostatecznie do unieruchomienia w stawie żebrowo-mostkowym, gdyż skutkiem forsowniejszej stosunkowo czynności mięśni, czynnych przy wdechu (*mm. scaleni*) w drażnionym ciągle stawie wytwarza się sprawa zapalna (*perichondritis ossificans*). Ostatecznie więc odcinek klatki piersiowej, mieszczący w sobie szczyt płuca, staje się nieruchomy. Tymczasem nadmiernie wątłe pierwsze żebro ustępuje pod naporem silnie stosunkowo działających mięśni wdechowych, skutkiem czego zwiększa się wymiar przednio-tylny tej okolicy, co znów pociąga za sobą zmniejszanie się przestrzeni, zawartej pomiędzy kręgosłupem, a wklęsłością pierwszego żebra, a to znów na rozwój płuca w tej okolicy nie pozostaje bez wpływu.

Częste w tych razach wgniecenie w płucu (bruzda Schmorla), oraz uciskowe zwężenie oskrzela szczytowego (Birch-Hirschfeld) jest wypływem opisanego powyżej ścieśnienia górnego otworu klatki piersiowej i wywołuje stałą niedodmę szczytu, zwłaszcza jeżeli ta część klatki piersiowej wcale się przy oddychaniu nie porusza. Warunki zatem do rozwoju zakażenia gruźliczego są szczególnie pomyślne.

Takie nieprawidłowe stosunki w budowie klatki piersiowej są albo wrodzoną cechą poniekąd degeneracyjną (gruźlica, kiła, alkoholizm u rodziców), albo mogą też stanowić cechę nabytą skutkiem bocznego skrzywienia kręgosłupa krzywiczego lub nawykowego u młodzieży szkolnej. A zatem gimnastyka i higiena szkolna może najlepiej przeciwdziałać nieprawidłowościom budowy klatki piersiowej i przez to zapobiegać szerzeniu się gruźlicy. *Dr M. Godlewski.*

Schenker. **Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gruźlicy surowicą Marmorka.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 4). Autor wstrzykiwał 5—10 cm surowicy trzy razy na tydzień, lub stosował ją w tych samych dawkach przez odbytnicę. Po seryi 10—30 wstrzykiwań przerwa dwutygodniowa. Działanie surowicy uważa autor za wybitnie korzystne, nawet nieraz w daleko posuniętych okresach choroby. *Dr M. Godlewski.*

Köhler. **Phtisoremid.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 4). Stosowanie wewnętrzne przetworu nowej tuberkuliny w tej postaci może przynieść w lekkich postaciach pewną korzyść, wogóle jednak wyniki nie pozwalają spodziewać się za wiele. *Dr M. Godlewski.*

[1]) Przyrząd wyrabia firma Tauss, Wiedeń VIII. Schlösselgasse 24.

Herzberg. **Doniesienie tymczasowe o leczeniu zapomocą „JK"** (Immunkörpern Dr Schpengler). (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). Wyniki, otrzymane przez autora, brzmią wprost nieprawdopodobnie korzystnie. Nawet gruźlicę prosówkową ma leczyć ta metoda, leczyć ona ma nawet najdalej posunięte okresy, przypadki zaś lekkie i średniociężkie leczyć ma ta metoda wszystkie bez wyjątku (?). *Dr M. Godlewski.*

Beck i Dohan. **O zmianach wielkości serca pod wpływem gorących i zimnych kąpieli.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 4). Pod wpływem kąpieli gorącej zmniejszają się rozmiary serca, pod wpływem zimnej powiększają się. Prócz wpływów, wynikających ze zmian w krążeniu obwodowem, działają też prawdopodobnie podniety, dotyczące nerwu błędnego. *Dr M. Godlewski.*

Prof. J. Thomayer. **Dyspragia angiosclerotica.** (*Wiener med. Wochs.* 1909, NN 1—2—3). Prof. T. przedstawił na wykładzie klinicznym chorego z rzadkim zespołem objawów: 57-letni właściciel hotelu uskarża się, że od roku nie może dłużej chodzić, doznaje bowiem prędko palenia i mrowienia z początku w podeszwach, a jeśli nie zatrzyma się, lub nie usiądzie, uczucie to nieprzyjemne rozchodzi się wyżej na golenie, uda, i wyjątkowo nawet na całą dolną połowę ciała do pasa. Jeżeli chory wypocznie trochę, objawy te ustępują w tym samym porządku, jak wystąpiły; jeśli jednak chce się przemódz i próbuje dalej iść, robi mu się tak słabo, że pada na ziemię. Na wysokości napadu czucie w dolnych kończynach bywa zniesione. Czasami objawom tym towarzyszyło parcie, przyczem próby oddania moczu są bezskuteczne. Po wypoczynku chory może przejść trochę, lecz już po kilku minutach objawy powyższe ponownie występują. Z etyologicznych czynników stwierdzić było można tylko namiętne palenie tytoniu.

Przy badaniu przedmiotowem żadnych zmian w narządach wewnętrznych, ani w kończynach nie znaleziono. Jedynie tylko na prawej tętnicy stopowej nie było tętna; natomiast lewa tętniła wyraźnie; sfigmogram nie przedstawiał na razie nic osobliwego. Gdy jednak choremu polecono przejść się po schodach, zaczął on wkrótce skarżyć się na palenie i drętwienie w stopach, chromać już po 3 minutach, po 6 nie mógł ustać na nogach, a tętno na lewej tętnicy stopowej wybitnie zmniejszyło się; to samo dało się spostrzedz, gdy chory po pewnym wypoczynku postał 7 minut na jednem miejscu. Przymocowany do stopy sfigmograf po kilku minutach dał krzywą o znacznie niższej fali, a w chwili wystąpienia parestezyi ruchy igły znikały zupełnie.

W rozpoznaniu różniczkowem opisanego przypadku wyłączył T. szereg zbliżonych cierpień, jakoto: *Dysbasia hysterica*, *Myasthenia*, *Neuritis multiplex*, *Morbus Raynaud*, *Akroparaesthesiae*, *Erythromelalgia*, *Akinesia Moebius*, *Meralgia paraesthetica Roth*, nie mówiąc już o żylakach goleni i stopie płaskiej. Po odrzuceniu wszystkich tych chorób T. zatrzymał się na rozpoznaniu chromania przestankowego.

Choroba ta zdarza się najczęściej po 40. roku życia, przeważnie w zamożniejszych sferach (Erb); zapadają głównie mężczyźni (na 127 znanych przypadków 7 tylko było kobiet). Bardzo często występuje u żydów. Kiła nie odgrywa wybitniejszej roli w etyologii (Erb obliczył, iż 21,5% mężczyzn z t. zw. lepszego towarzystwa ma kiłę w wywiadach; z mężczyzn zaś, którzy zapadli na chromanie przestankowe, 22,7% przeszło kiłę). Również i wyskok nie należy do szczególniejszych czynników etyologicznych, jak niemniej cukrzyca, której znaczenie podkreślał Charcot w pierwszych swych pracach. Daleko większej wagi jest nadużycie tytoniu.

Anatomia patologiczna cierpienia sprowadza się do jednego: musi być przeszkoda w dopływie krwi do jednej kończyny lub też obu. Wielkie znaczenie ma skurcz tętnic dolnych kończyn, występujący od czasu do czasu przy podrażnieniu nn. zwężających naczynia. Otrzymane przez autora sfigmogramy po raz pierwszy udowadniają naocznie ten fakt; odrzucając bowiem istnienie skurczu naczyń, nie możnaby wyjaśnić sobie stopniowego znikania wahań sfigmograficznych przy staniu chorego przez pewien czas lub chodzeniu.

Objawy, właściwe chromaniu przestankowemu, polegają na zmienionem czuciu w zajętych kończynach (zwykle z początku w jednej, później w obu), a więc: mrowienie, palenie, drętwienie, czasami rzeczywiste bole; dalej nierzadkie są zaburzenia w krążeniu: zastój żylny z sinicą kończyn dolnych; znikanie tętna na pewnych tętnicach, najczęściej na goleni. Z objawów ruchowych najwybitniejszym jest zmiana chodu i chromanie przerywane. U chorego, opisanego przez T., były jeszcze dwa

objawy, których autor nigdzie w piśmiennictwie nie spotkał, a to: znieczulenie zajętych kończyn w czasie napadu i chwilowe zupełne znikanie tętna w tętnicy, która poza napadem wybitnie tętniła.

Przebieg choroby bywa bardzo urozmaicony i trwanie nieraz długie. W wielu przypadkach na kończynach, zajętych chromaniem przestankowem, występuje zgorzel, co Charcot uwydatnił w następującym aforyzmie: »la claudication intermittente c'est l'antichambre du sphacèle«.

Leczenie zależy od przyczyny cierpienia i zmierzać powinno do usunięcia przeszkody w dopływie krwi do kończyn. W końcu daje T. ciekawe zestawienie analogicznych obrazów chorobowych w innych częściach ciała, zależnie od utrudnionego dopływu krwi przy zmianach w tętnicach i ich skurczu. Do takich cierpień zaliczyć można: niemożność czytania, opisana przez Berlina; dusznica bolesna (Potain); bardzo przypominające chromanie przerywane, napadowe zajęcie górnych kończyn (Determann, Myassaut i inni); zespół napadowo występujących objawów w narządach trawienia (Ortner); przejściowe niedowłady kończyn, chwilowe zaniemówienie, utrata pamięci, szybkie męczenie się przy pracy umysłowej i t. p. inne objawy mózgowe (Grasset). Wszystkie te stany Potain objął nazwą *miopragia;* natomiast T. wprowadza miano *Dyspragia angiosclerotica.*

[Z polskich autorów — o ile mi wiadomo — zajmowali się tą sprawą Goldflam, Higier i Rydel. Osobiście spostrzegałem w 1900 roku przypadek, podobny do opisanego powyżej; dotyczył on 57-letniego urzędnika, który miał wybitną ogólną miażdżycę i od paru lat cierpiał na znaczne utrudnienie w chodzeniu z drętwieniem dolnych kończyn, mrowieniem i innemi zboczeniami czucia, wreszcie nawet z bolami; idąc, musiał często wypoczywać, w przeciwnym razie występowało wyraźne utykanie na jedną nogę; tętno na tętnicach stopy było niewyczuwalne; w miarę rozwoju choroby znikło i na goleniach. Choroba zakończyła się zgorzelą palców nogi i śmiercią. *Przyp. sprawozd.*].
Dr St. Rudzki.

Baradulin. **Zmiany krwi przy nowotworach złośliwych.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 45—52). Badania swe przeprowadził B. w klinice chirurgicznej Prof. Spiżarnyego w Moskwie i w Instytucie Morozowskim dla leczenia nowotworów. W Instytucie badał krew chorych przed operacyą, a na klinice po operacyi. B. zebrał 88 spostrzeżeń; z tych 72 chorych miało raka (83 badań krwi), a 16 mięsaka (19 badań krwi). W każdem badaniu określał B.: 1) ilość czerwonych ciałek krwi, 2) ilość hemoglobiny, 3) wskaźnik barwikowy (Farbenindex) [1]), 4) ilość białych ciałek krwi, 5) stosunek ich do czerwonych ciałek, 6) barwiące się za życia czerwone ciałka krwi (erytrofile i cyanofile), 7) rozmaite rodzaje białych ciałek, 8) ciężar właściwy krwi, 9) zasadowość krwi, 10) odporność czerwonych ciałek, 11) zmiany postaci ich i wielkości. — Odsetek hemoglobiny przy raku według badań autora waha się w bardzo szerokich granicach od 18%—85%. Raki żołądka, jelit, trzustki wpływają szczególnie obniżająco na odsetek hemoglobiny; wskaźnik barwikowy bywa tutaj stale mniejszy od 1. Przy raku oprócz tego zwrócił B. uwagę na częstą obecność erytrofilów i cyanofilów, co zdaniem jego wskazuje na wzmożoną działalność szpiku kostnego. Bardzo często przy raku można stwierdzić wzmożoną leukocytozę. Rak, rozwijający się powoli (rak skóry, sutka, przełyku) nie wywołuje leukocytozy, lub tylko bardzo nieznaczną; ilość ciałek wielojądrzastych może się przytem nawet zmniejszyć. Rak szybko rozwijający się (rak żołądka, jelit) wiedzie do hyperleukocytozy z przewagą ciałek wielojądrzastych. Każde zakażenie, wikłające raka, powiększa leukocytozę. Ilość ciałek czerwonych zmniejsza się przy raku, ale nie w takim stopniu, jak ilość hemoglobiny. Przy mięsakach zmniejszenie ilości hemoglobiny j ciałek czerwonych idzie równolegle i jest daleko mniejsze, niż przy raku. Przy mięsakach daje się też zauważyć znaczna hyperleukocytoza, przyczem przy mięsakach tkanek miękkich zwiększa się ilość ciałek wielojądrzastych, a przy mięsakach limfatycznych ilość limfocytów. Czerwone ciałka krwi rzadziej bywają zmienione. W niektórych postaciach raka (rak sutka), po operacyi ilość hemoglobiny zwiększa się, leukocytoza ustępuje, ilość ciałek wielojądrzastych zwiększa się, a ilość limfocytów i jednoiądrzastych zmniejsza się. Zmiany we krwi w niektórych postaciach raka, jak rak pęcherza, macicy, zależą poniekąd od towarzyszących sprawie krwotoków.
Dr L. Mańkowski.

[1]) Jest to stosunek rzeczywistej ilości hemoglobiny do tej, która powinna byłaby być przy danej ilości czerwonych ciałek, przyczem przyjmuje się, że ilość hemoglobiny przy 5,000.000 równa się 100%. Przykład: Przy 4,000.000 ciałek hemoglobiny 62%. Powinno byłoby być 80%, a zatem wskaźnik barwikowy będzie 62/80 = 0,77.

Higiena.

Le Noir i Cammus. 1) **Badania nad obecnością prątków gruźliczych w jamach nosowych u ludzi zdrowych i chorych na gruźlicę.** (*Compt. rend. Soc. de Biol.* 1908, Nr 33). 2) **Badania nad obecnością prątków gruźliczych w kurzu sal dla suchotników** (*ibidem*, Nr 36). 3) **Zakaźność kurzu zmieszanego z plwociną suchotników** (*ibidem*, Nr 37).

Przeprowadziwszy w roku 1907 cały szereg badań nad obecnością laseczników gruźlicy w powietrzu sal dla suchotników szpitala św. Antoniego w Paryżu, (przyczem obecności prątków nie powiodło się wykazać), autorowie przedsięwzięli drugi szereg badań nad obecnością prątków w jamach nosowych u osobników zdrowych, przydzielonych do pracy na tych salach (lekarzy, słuchaczów medycyny, służby szpitalnej) i u osobników chorych na gruźlicę, przebywających w tych salach. Badania przeprowadzano w następujący sposób. Małym tamponikiem wyjałowionej waty osuszano możliwie dokładnie jamę nosową; następnie wszczepiano tamponiki te pod skórę morskim świnkom. Szczepienia wydzieliny nosowej osób zdrowych ani razu nie wywołały u świnek gruźlicy. Szczepienia wydzieliny osób chorych na gruźlicę na 13 przypadków dały 3 wyniki dodatnie. Nakoniec z 2 chorych, w których plwocinie były prątki, zaszczepiono świnkom plwocinę, wodę, która służyła do płukania ust i kurz, który osiadł w jamie nosowej. Szczepienia plwociny dały wynik dodatni, inne szczepienia dały po jednym dodatnim i jednym ujemnym wyniku.

Doświadczenia z kurzem z sal dały wyniki następujące. Jedną część kurzu, zebranego w rozmaitych miejscach sali (podłoga, gzems, okna, łóżka) wystawiono we flakonikach na działanie promieni słonecznych w ciągu 5—33 dni, drugą część tego kursu przechowywano bez słońca. Następnie i jedną i drugą porcyę kurzu po rozpuszczeniu w fizyologicznym rozczynie soli wstrzykiwano świnkom morskim. Wszystkich wstrzyknięć zrobiono 25; w tej liczbie 12 świnek padło z rozmaitych ostrych zakażeń; z 13 zaś pozostałych tylko 2 świnki zakaziły się gruźlicą i to w postaci lekkiej. Wpływu światła słonecznego na jadowitość zarazka nie zauważono. Nakoniec wykonali autorowie jeszcze cały szereg doświadczeń z mieszaniną kurzu z plwocinami chorych. Plwocinę chorych mieszano raz wprost z kurzem, drugi raz z kurzem wygotowanym. Jedną i drugą mieszaninę w postaci dość gęstego płynu zbierano do słoików i zostawiano na powietrzu aż do zupełnego wyschnięcia. Schnięcie odbywało się dość długo (około miesiąca). Pozostałe suche części rozpuszczano w wodzie i wstrzykiwano świnkom. Prątki gruźlicze przez długie wysychanie zdawały się być osłabione, ponieważ niektore świnki wcale się nie zakaziły, te zaś, które się zakaziły, przebywały gruźlicę w postaci zmian gruczołów w pobliżu miejsca zastrzyknięcia. Na inne zarazki wyschnięcie nie działało wcale osłabiająco.
Dr L. Mańkowski.

Trautmann. **Sposoby praktycznego odkażania w wielkich miastach.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). W Niemczech obowiązuje obecnie odkażanie mieszkań po następujących chorobach: mór, cholera, żółta febra, ospa i dur plamisty. Nadto lekarz rządowy może polecić odkażanie z urzędu po płonicy, błonicy, gruźlicy, durze i t. p. W odkażaniu odróżnić należy odkażanie ciągłe (przy łóżku chorego) od odkażenia końcowego. Końcowe odkażenie wykonuje zwykle gmina. W niektórych chorobach ważniejszem jest odkażanie ciągłe (gruźlica), niż końcowe. Mieszkanie odkaża się obecnie zwykle formaldehydem. Na jeden metr sześcienny wypada 5 m^3 gazu, albo 15 cm^3 rozczynu *formaldehydum solutum* (*ph. germ.*). Pokoje otwiera się dopiero w 4—7 godzin. Odkażenie to jednak jest tylko powierzchowne i gdy chodzi o odkażenie głębsze, n. p. przemokłych i zanieczyszczonych materaców, pościeli, o odkażenie książek, mebli i t. p., używać należy innych sposobów, mianowicie odkażania parą. Ta jednak niszczy bardzo przedmioty i z tego powodu wielce użyteczny jest przyrząd Millratha, który wskutek zmiany ciśnienia wytwarza parę przy 70—80°, a z doświadczenia wiadomo, że wilgotne ciepło 70—80° znoszą wszelkie przedmioty dobrze. Zapomocą przyrządu Millratha można odkażać także parą i formaldehydem przy 70°, co jest sposobem pewnym, a nie niszczy odkażanych przedmiotów. (Przypomnieć tu należy, że doskonałe usługi oddaje w tym względzie przyrząd Gąsiorowskiego. *Przyp. spraw.*).
A.

E. Baier i E. Reuchlin. **Stwierdzanie dodatku mięsa końskiego zapomocą metody biologicznej.** — A. Behre. **Stwierdzanie dodatku mięsa końskiego w kiełbasie.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- und Genussmittel* 1908, T. 15).

Stwierdzenie dodatku mięsa końskiego do wyrobów mięsnych, zwłaszcza kiełbas, na drodze chemicznej (na podstawie własności refraktometrycznych i liczby jodowej tłuszczu, albo zawartości glikogenu) rzadko kiedy wiedzie do celu. Baier i Reuchlin w szeregu badań doświadczalnych starali się poznać wartość metody biologicznej do tego celu. Z badań ich wynika, że przy zastosowaniu prób kontrolnych metoda ta daje wyniki bardzo pewne, nawet przy zawartości mięsa końskiego w ilości 10%; wartość jej przeto nawet przy mniejszych ilościach mięsa końskiego dawać powinna dobre wyniki. Suszenie, peklowanie, wędzenie i konserwowanie mięsa środkami chemicznymi nie upośledza wartości metody, traci ona natomiast wartość wobec mięsa gotowanego i smarzonego. Behre zastosował metodę powyższą w praktyce kontroli środków spożywczych z wynikiem bardzo pewnym w przypadkach takich, w których badanie chemiczne nie pozwalało na stwierdzenie dodatku mięsa końskiego. Z doświadczeń B. zasługuje na podniesienie fakt, że stwierdzić mógł tą metodą dodatek mięsa końskiego nawet w kiełbasie, która przez 1/2 godziny pozostawała w wodzie nagrzanej do 95 C.

Arnold. **Zafałszowanie tłuszczu kokosowego olejem mineralnym. Stwierdzenie małej ilości olejów tłustych lub parafiny płynnej w tłuszczu kokosowym.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- u. Genussmittel* 1908, T. 15). W ostatnim czasie dodają do tłuszczu kokosowego, celem nadania mu własności łatwego rozsmarowania i wyjaśnienia barwy żółtej, olejów tłustych, albo mineralnych (parafiny płynnej). Dodatek olejów mineralnych, które nie dają się zmydlić i są niestrawne, a tem samem niedopuszczalne, poznać można z wysokiej liczby refrakcyi obniżenia liczby zmydlenia i ewentualnie także z liczby jodowej. Kwas siarkowy, którym traktuje się pozostałość niezmydloną, niszczy phytosterynę, nie zmienia zaś parafiny. Mały dodatek olejów tłustych do tłuszczu kokosowego stwierdzić można odczynami barwnymi, próbami Baudoina i Halphena.

Chr. Barthel. **Wartość próby na reduktazę przy ocenie higienicznych wartości mleka.** (*Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrungs- u. Genussmittel* 1908, T. 15). Barthel posługiwał się dla oceny świeżości mleka jego własnością redukcyjną wobec rozczynu błękitu metylenowego, podobnie jak Schardingern i Müller, w inny jednak nieco sposób: 10 cm mleka zaprawiał 1/2 cm^3 rozczynu błękitu metylenowego (5 cm^3 nasyconego rozczynu alkoholowego na 195 cm^3 wody), pokrywał je kilku centymetrami parafiny płynnej i wstawiał je do łaźni wodnej, ogrzanej do 40—45° C. W razie odbarwienia się mleka już w ciągu kilku minut zawiera ono z pewnością sto, a nawet więcej milionów bakteryi w 1 cm^3, nie nadaje się również jako pokarm dla dzieci z powodu wielkiego zanieczyszczenia bakteryjnego, jeżeli odbarwienie nastąpiło w ciągu godziny. Ponieważ mleko świeże odbarwia się dopiero po upływie 3 godzin, mleko odbarwiające się przed 3 godzinami, uważać należy za produkt o jakości gorszej. *Dr L. Bier.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 17. lutego 1909.

Przewodniczy: Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 52.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes wita jako gościa kol. Pieniążka z Łodzi.

3) Prof. Godlewski Emil wygłosił wykład: **O prawach dziedziczności.**

4) Kol. Janiszewski Tomasz wygłosił wykład: **O domach izolacyjnych.** W miarę wzbogacania się naszych wiadomości co do istoty chorób zakaźnych, zmieniały się też równolegle prawie poglądy na sposoby zwalczania tych chorób. W całym złożonym systemie środków, służących do zwalczania i zapobiegania chorobom zakaźnym, zajmuje odosobnienie chorego, szybkie i dokładne, jedno z miejsc najpoważniejszych. Odosobnienie chorego w domu, mieszczącym liczniejszych mieszkańców, jest albo całkiem iluzoryczne, lub znacznie się różni od tego, co zaleca nauka. Jedynym sposobem zaradzenia złemu jest przymus przewożenia chorych na choroby zakaźne do szpitala zakaźnego, a co za tem idzie, urządzanie domów izolacyjnych. Sprawa ta jest obecnie na dobie wobec rządowego projektu ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Projekt ten w § 8 przewiduje takie przymusowe przewiezienie do szpitala. Konieczność osobnych oddziałów dla leczenia chorób zakaźnych przy szpitalach powszechnych została już powszechnie uznana; i nasz kraj idzie za postępem. Wyrazem tego jest stworzenie przynajmniej przy dwóch szpitalach powszechnych, w Krakowie i Lwowie, osobnych posad prymaryuszów dla oddziałów chorób zakaźnych. Należy mieć przeto nadzieję, że za tym pierwszym krokiem nastąpią dalsze, jak budowa odpowiednich pawilonów izolacyjnych. Mowca roztrząsa pytanie, jakim wymaganiom odpowiedzieć powinny pawilony zakaźne, omawia pokrótce urządzenie pawilonów zakaźnych zagranicą: Eppendorf, szpital St. Georg, Rudolf Virchow, Charité, Charlottenburg-Westend i braki w tych urządzeniach, wreszcie przedstawia i omawia obmyślany przez siebie plan domu izolacyjnego, dozwalający na zupełne odosobnienie chorych i personalu i zapobiegający skutecznie wszelkiemu stykaniu się osób i przedmiotów zakażonych z resztą otoczenia szpitalnego i ze światem zewnętrznym. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

V. Posiedzenie naukowe z d. 19 lutego 1909.

I. Kol. prof. Gluziński przedstawia: a) chorego 24-letniego z bardzo wybitnie wytworzonem **krążeniem ubocznem**, zaznaczającem się znacznie rozszerzonemi żyłami: nasienną, odgoleniową, nabrzuszną dolną, sutkową wewnętrzną. Krążenie to wytworzyło się niewątpliwie, jako następstwo utrudnionego odpływu krwi z żyły głównej dolnej. Choroba trwa od lat 8, a zaczęła się rozszerzeniem żył kończyn dolnych. Obecnie żółtaczka, powiększenie wątroby i śledziony. Prelegent omawia rozpoznanie różniczkowe i dochodzi do wniosku, że chodzi tu **o zakrzep żyły głównej dolnej**, którego powstanie pozostaje prawdopodobnie w związku z zimnicą; b) chłopca 17-letniego z utrudnionem krążeniem w zakresie żyły wrotnej na tle pierwotnych zmian w wątrobie. I tu wybitnie wytworzone krążenie uboczne, widoczne na żyłach powłok brzusznych.

II. Kol. Małaniuk przedstawia **modyfikacyę igły Dechampsa**, polegającą na tem, że narzędzie składa się z dwóch igieł, na sobie leżących i zapomocą konstrukcyi pochwowej względem siebie ruchomych. Zalety: łatwe odszukanie końców nitki i możliwość dokładnego obejrzenia miejsca, które ma być podwiązane. W dyskusyi przemawiał kol. Ruff.

III. Kol. doc. Marischler wygłasza odczyt: **Stosunek gruźlicy do plamicy Werlhoffa.** Na podstawie dość znacznego materyału klinicznego dochodzi prelegent do wniosków następujących: 1) Gruźlica utajona lub jawna nierzadko jest przyczyną skazy krwotocznej. 2) Toksyny bakteryjne mogą wywoływać tu ostre lub przewlekłe objawy chorobowe. 3) W przypadkach skazy krwotocznej istnieje pewna nadwrażliwość na toksyny.

Dyskusya: Kol. Czarnik w jednej z dawniejszych swych prac zwracał uwagę, że u dzieci rodziców gruźliczych częściej spotyka się plamicę Werlhoffa. Kol. Opolski sądzi, że jedynie rumień wielopostaciowy stoi w związku ze sprawami gruźliczemi. Kol. prof. Kučera otrzymywał zawsze wyniki ujemne przy badaniu skaz krwotocznych, a powstawanie ich należy odnieść raczej do toksyn bakteryjnych, nie znamy bowiem takiej choroby bakteryjnej, przy którejby nie mogły wystąpić krwawienia. Co do roli gruźlicy w powstawaniu skazy krwotocznej, to możnaby przypuścić pewne działanie toksyn gruźliczych, podobnie zresztą jak i innych. Kol. Hornowski, opierając się na badaniu drobnowidowem naczyń przy plamicy Werlhoffa, podnosi brak zmian, a wogóle sądzi, że choroby Werlhoffa nie należy uważać za jakąś określoną jednostkę chorobową. Kol. prof. Łukasiewicz nie może się zgodzić na podstawie własnego doświadczenia na związek choroby Werlhoffa z gruźlicą. Rumień wielopostaciowy jest niewątpliwie chorobą zakaźną, ale nie należy go identyfikować z *erythema toxicum*. Kol. Pisek nie może się zgodzić na ścisły związek choroby Werlhoffa z gruźlicą; gruźlica może być tylko chorobą równobieżną; podobne zdanie, opierając się na własnych spostrzeżeniach, wyraża kol. Obtułowicz. Kol. prof. Rencki zwraca uwagę, że skazy krwotoczne mogą być wynikiem różnego działania toksyn gruźliczych, zależne niewątpliwie i od ich ilości, i przytacza przypadki z własnej praktyki. *Nowicki*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 19 stycznia 1909 r.

1) Grundzach przedstawił dość duży **kamień żółciowy**, który odszedł z kałem po kilkunastodniowej **niedrożności przewodu pokarmowego**.

2) Prof. Przewoski: **Przyczynek do sprawy zapalenia włóknikowego**. Ze swoich badań na materyale sekcyjnym i zwierzęcym wysnuwa Przewoski następujące wnioski: 1) Pojawianie się włóknika nitkowatego w różnych ilościach jest niezmiernie częste we wszelkich sprawach zapalnych ostrych lub podostrych. 2) Nitki włóknika zjawiają się w ostrych lub podostrych ogniskach zapalnych bardzo wcześnie, częstokroć wcześniej niż leukocyty. 3) Włóknik ścina się w sprawach zapalnych zawsze w typowy sposób, w postaci siatki z punktami węzłowymi. Nitki sieci włóknika znajdują się przeważnie w kanalikach sokowych, punkty zaś węzłowe: a) dookoła wszelkich tworów komórkowych w postaci t. zw. ośrodków krzepnienia Hausera, przyczem skupienia włóknika mają kształt promienisty i są najgęstsze w blizkości uszkodzonej komórki, a coraz rzadsze w miarę oddalania się od niej; b) dookoła drobnych żył, przyczem nitki włóknika, biegnąc pionowo i promienisto w stosunku do ściany naczynia, tworzą niejako okołożylne pochwy krzepnienia; c) w świetle drobnych naczyń chłonnych, przyczem nitki głównie biegną równolegle do osi naczynia; d) na powierzchni błon surowiczych i śluzowych, jako pokłady błoniaste, przyczem nitki włóknika biegną równolegle do powierzchni błon; nabłonka często brakuje, niezbyt rzadko jednak utrzymuje się on na pewnej przestrzeni, a czasami można w nim nawet znaleść figury karyokinetyczne. Sieć włóknika z punktami węzłowymi spotyka się w ostrych sprawach zapalnych w głębi tkanek, około ropni i t. p. Ośrodki krzepnienia Hausera zdarzają się w głębi tkanek bardzo często. Okołożylne pochwy krzepnienia zdarzają się najobficiej w ścianach jelit (przy durze brzusznym, ropowicy jelit), w wyściółce komór mózgowych w zapaleniu ropno-włóknikowem. Pojawianie się pochew krzepnienia tylko około żył uważa prelegent za dowód, że istota włóknikorodna przenika do ognisk zapalnych tylko przez układ żylny.

Posiedzenie z d. 26 stycznia 1909 r.

1) A. Kopczyński przedstawia 43-letn. chorego, który przed 8 laty zranił sobie zewnętrzną powierzchnię lewego uda widłami. Powstał podskórny krwiak, który opróżniono, poczem rany się zagoiły. Na miejscu rany od wideł pozostał guzek tętniący, który zwolna powiększając się, doszedł wielkości pięści. Po 4 latach na lewej goleni rozszerzenie żył, obrzęki, owrzodzenia. W jesieni roku zeszłego szybki rozrost guza na udzie, obrzmienie lewych gruczołów pachwinowych i pachowych. Obecnie guz zajmuje całą przestrzeń trzonu uda, jest niebolesny, elastyczny; skóra na nim przesuwalna; nad guzem słychać wyraźny szmer naczyniowy. Chodzi tu, zdaniem prelegenta, **o tętniaka wrzekomego naczyń udowych**, z którego ścian rozwija się od niedawna nowotwór złośliwy, prawdopodobnie **mięsak**.

2) J. Handelsmann przedstawił przypadek **postępującego zaniku mięśni**, ciekawy ze względu na długotrwałe zwolnienie choroby. Chory od dzieciństwa słabo władał kończynami górnemi, dobrze dolnemi. Przed 4 laty zauważył stopniowe chudnienie i osłabienie wszystkich kończyn. Obecnie chory ma lat 32. Stwierdza się: zanik mięśni karku i szyi, mięśni barkowych, kończyn górnych, coraz mniejszy idąc od ramienia ku dłoniom, kończyn dolnych (najwybitniejszy zanik mięśni, zaopatrywanych przez nerw strzałkowy), wreszcie zanik mięśni tułowia i brzucha. Chód »bociani«, objaw Babińskiego, czucie zachowane, pobudliwość elektryczna osłabiona ilościowo bez odczynu zwyrodnienia. Na uwagę zasługuje w tym przypadku długie trwanie zwolnienia choroby, która niewątpliwie rozpoczęła się w najwcześniejszem dzieciństwie, a pogorszyła się dopiero od lat 3, i mieszany charakter zaników (typ Erba w kończynach górnych, Charcot-Marie w kończynach dolnych).

3) Kopczyński przedstawił 21-letniego chorego, dotkniętego **histeryą, naśladującą stwardnienie rozsiane**. Cierpienie rozpoczęło się przed 4 laty po spadnięciu z drzewa. We wszystkich kończynach bardzo silne drżenie przy wykonywaniu ruchów, mowa powolna, skandowana, natomiast brak zaniku nerwów ocznych, drżenia oczu i objawów spastycznych w kończynach. W podobnym przypadku Bychowskiego nie było żadnych zmian anatomicznych w układzie nerwowym, przez co potwierdziło się uczynione za życia rozpoznanie histeryi.

Posiedzenie z d. 3 lutego 1909 r.

1) Kijewski przedstawił operowanego po **pneumotomii**.

2) Dyskusya nad wykładem prof. Przewoskiego.

Otto podaje na zasadzie własnych badań, że w durze brzusznym zjawia się włóknik w ogniskach zapalnych w 2. i 3. tygodniu choroby, a niema go w 1. i 4. tygodniu. Włóknik występuje tu w postaci siatki, głęboko w błonie podśluzowej, rzadko zaś w postaci grubej błony, pokrywającej niezmienioną błonę śluzową. Mowca widywał również pochwy krzepnienia, czasem w postaci pierścienia podwójnego. Wewnątrz żył widywał mowca ośrodki krzepnienia Hausera. W durze fagedenicznym występuje włóknik na wrzodach jako pokład, złożony z grubych beleczek, od których w głąb tkanek promienisto biegną cienkie nitki. W oczkach siatki włóknika są zawsze komórki obumarłe, oraz różne leukocyty, nieraz zwyrodniałe lub obumarłe. Przy zawłokach z olejkiem terpentynowym, siatka włóknika zjawia się bardzo szybko, nieraz już po godzinie, co tłómaczy się silnym obrzękiem przy tem powstającym, a dostarczającym substancyi włóknikorodnej, oraz szybkiemi zmianami wstecznemi w komórkach tkanek sąsiednich (zaczyn włóknikowy). Przy aseptycznych zawłokach bez olejku terpentynowego, włóknik występował dopiero po 36 godzinach i w ilości skąpej. W krupowem zapaleniu płuc nie znalazł mowca okołożylnych pochew krzepnienia, ani ośrodków Hausera.

Prof. Kryński podnosi, że nie jest rzeczą jasną, dlaczego przy powstawaniu okołożylnych pochew krzepnienia wysięk krzepnie w tych właśnie miejscach i taką właśnie przybiera postać. Jeżeli i tutaj punktem wyjścia krzepnienia włóknika są rozpadające się komórki, to w istocie rzeczy pochwy te nie różnią się od ośrodków krzepnienia Hausera.

Anastazy Landau streszcza najnowsze teorye powstawania włóknika. Zaczyn włóknikotwórczy (trombina) zawarty jest w osoczu i limfie w postaci nieczynnej, jako zymogen, który w stan czynny przechodzi pod wpływem substancyi uczulającej, t. zw. trombokinazy, wydzielanej przez komórki. Niezbędne dla krzepnienia są sole wapienne. Tworzenie się ośrodków Hausera wyjaśnia się w ten sposób, że komórki stanowiące ich jądra, pod wpływem toksyn lub innych bodźców wydzielają trombokinazę, a ta przeprowadza w stan czynny trombogen soku tkankowego. Krzepnąca substancya włóknikotwórcza układać się będzie oczywiście promienisto dookoła komórki uszkodzonej, jako zbiornika trombokinazy. Że krew i limfa w warunkach prawidłowych nie krzepną, chociaż zawierają wszystkie składniki, potrzebne do powstawania włóknika, to tłómaczy się obecnością we krwi antytrombiny, która wpływ trombiny zobojętnia.

Prof. Przewoski zaznacza w odpowiedzi Ottowi, że w swym wykładzie nie chciał wdawać się w szczegóły, a pragnął tylko wskazać, że włóknik występuje zawsze typowo w postaci siatki, której punkty węzłowe tworzą zbiorowiska włóknika dookoła komórek, dookoła małych naczyń chłonnych i żył, wreszcie na powierzchni błon śluzowych. Przy tworzeniu się pochew krzepnienia, zaczyn włóknikowy powstaje z komórek i znajduje się w soku tkankowym, substancya włóknikotwórcza zaś może dopływać ze krwi, np. przez ściany małych naczyń.

(Wedł. »Gaz. lek.«) *Z.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Roczne posiedzenie 30. stycznia 1909.

Przyjęto roczne sprawozdanie sekretarza. Obrano nowy zarząd, do którego weszli: F. Dobija, jako prezes; O. Kaczorowska, wice-prezes; J. Szymański, sekretarz; A. Szwajkart, kasyer.

Uchwalono zwrócić się do wszystkich redakcyi z prośbą, by zaniechały umieszczać t. zw. podziękowań pacyentów lekarzom, należącym do Towarzystwa lekarzy polskich, uznając podziękowanie za rzecz, kompromitującą lekarza.

Postanowiono w lutym urządzić zebranie towarzyskie polskich aptekarzy, dentystów i lekarzy z rodzinami, w celu zapoznania się i zbliżenia ludzi, pracujących w jednej dziedzinie.

Przyjęto w trzeciem czytaniu poprawki do ustawy T. L. P. wedle przedłożonego opracowania komisyi.

Postanowiono nowo przyjęty § ustawy o niesieniu pomocy materyalnej studentom medycyny wprowadzić w czyn i zebrano 21 dolarów na zapłacenie wpisu przyszłemu koledze B. O., znanemu z pracy na polu społecznem.

Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

Wyniki, do których doszła ankieta, zestawiłem w następujących punktach, odpowiadających w ogólnym zarysie powyższemu kwestyonaryuszowi:

1. Wpływ czynników autonomicznych na rozporządzenia dopełniające ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych powinien być w ustawie zastrzeżony, jednakże w takich granicach, w jakich to ze względu na sprawność zwalczania epidemii jest dopuszczalne. Przy wydawaniu rozporządzeń dopełniających ma więc, o ile możebne, być zasięgane zdanie Wydziału krajowego, a mianowicie, gdy do chorób, podlegających obowiązkowi donoszenia, będzie miała być zaliczona jakaś choroba, w ustawie imiennie nie wyszczególniona (§ 1, alin. 2), dalej, gdyby sposób donoszenia o chorobach zakaźnych miał być ze względu na stosunki krajowe zmieniony (§ 2 i 4), wreszcie, gdy będą wydawane rozporządzenia, dotyczące tworzenia lokalów izolacyjnych i budowy kostnic (§ 14).

   Zastrzeżone dla ustawodawstwa krajów prawo rozdziału przez kraj ponoszonych kosztów (§ 36) między strony (gminy, obszary dworskie, wydziały powiatowe i t. p.) powinno pozostać nienaruszone.

   Możność wydawania rozporządzeń uzupełniających, obowiązujących w pewnym kraju monarchii, powinna być w ustawie zastrzeżona także dla naczelnej władzy krajowej, to jest Namiestnictwa (§ 1, 8, 9, 13, 14, 21), o ile możności w porozumieniu z Wydziałem krajowym.

(Motywa). Zarówno ze względu na zasadnicze ustawy sanitarne, jakoteż ze względów rzeczowych nie może ulegać wątpliwości, że zwalczanie chorób zakaźnych musi być w ogólnym zarysie uregulowane ustawą państwową, aby mogło być przeprowadzone według jednolitego planu, a w przypadkach epidemii należycie szybko i energicznie. Wydawanie rozporządzeń uzupełniających może być nieraz tak naglącą potrzebą, że na zasięgnięcie opinii czynnika autonomicznego nie będzie dość czasu, jeżeliby przez to wyniknąć nie miały znaczne szkody (mór, cholera i t. d.). Zastrzeżenie dla ustawodawstwa krajowego znaczniejszego zakresu (np. zaliczania dalszych, w ustawie nie wyszczególnionych chorób do chorób podlegających obowiązkowi donoszenia) nakładałoby na kraje (powiaty, gminy) wiążące się z tem ciężary (np. koszta zwalczania tych chorób, któreby ustawodawstwo krajowe zaliczyło do chorób podlegających obowiązkowi donoszenia). Ponoszenie zaś takich dodatkowych ciężarów przez kraj, a nie przez skarb państwa, byłoby tem mniej usprawiedliwione, im więcej jakiś kraj przez swoje położenie geograficzne i t. p. bez własnej winy na choroby zakaźne jest narażony i im więcej stanowi on (jak np. Galicya) przedmurze, mające chronić całe państwo od zawlekania epidemii z krajów ościennych.

Gdzie to jednak jest możebne, powinien być zapewniony czynnikom autonomicznym (Wydziałowi krajowemu) głos już z tego względu, że stosunki krajowe są im lepiej znane, i że to ułatwi dostosowanie rozporządzeń, uzupełniających ustawę, do warunków kulturalnych, ekonomicznych i t. p. ludności, które są w każdym kraju, a szczególnie w Galicyi, odrębne. Z podobnych względów konieczną jest rzeczą przyznanie także naczelnym władzom administracyjnym w kraju (Namiestnictwom) prawa wydawania rozporządzeń, uzupełniających ustawę, gdyż władze te lepiej potrafią uwzględnić potrzeby i stosunki miejscowe, niż władze centralne w Wiedniu.

2. Prócz wymienionych w projekcie, należałoby wymienić w ustawie (§ 1) wyraźnie, jako choroby podlegające obowiązkowi donoszenia:
   16) zakaźne zapalenia oczu (*ansteckende Augenentzündungen*),
   17) zakażenia połogowe (*puerperale Infectionen*).
   18) odrę.

   W §§ 21, 22, 24 powinna być wymieniona płonica (szkarlatyna).

(Motywa). Do każdej z chorób, wymienionych wyraźnie w § 1, alin. 1 ustawy, odnoszą się wszystkie postanowienia ustawy, a więc także te, które dotyczą czynnego udziału rządowych organów sanitarnych w zwalczaniu danej choroby, jak również kosztów ponoszonych przy zwalczaniu przez skarb państwa. Natomiast przy zwalczaniu chorób, wyraźnie nie wymienionych, mogłyby spaść na kraj dodatkowe ciężary finansowe i agendy sanitarne. Dlatego zdążać należy do wyraźnego wymienienia w § 1, alin. 1 tych chorób, które dla naszego kraju mają szczególną wagę, a zdarzają się także w innych krajach monarchii w rozmiarach groźniejszych. Natomiast ze względu na ramowy charakter ustawy nie można do niej wprowadzić tych chorób, które są specyalnością pewnych tylko krajów (pellagra, endemiczna kiła).

Wymienienie zakażeń połogowych ma dla Galicyi wagę ze względu na braki obecnej pomocy położniczej (brak liczebny i usterki w działaniu położnych), których bez dokładnej wiadomości o zakażeniach połogowych usunąć nie będzie można; wymienienie zakaźnych zapaleń oczu ma znaczenie ze względu na ogromną częstość ślepoty, nabytej wskutek nich, a odry — ze względu na powikłania w narządzie słuchu i sprawy następowe (wybuch utajonej gruźlicy) po odrze. Trudności dyagnostyczne w jaglicy i wzgląd na wiewiórowe zapalenie oczu u noworodków, nakazują wybrać nazwę ogólną: »zakaźne zapalenie oczu«; nazwa zaś »zakażeń połogowych« jest ściślejszą i ze względu na cel ustawy odpowiedniejszą, niż nazwa »gorączka połogowa« (*Puerperalfieber*).

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Namiestnictwo śląskie rozwiązało organizacyę lekarzy śląskich. *R.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. ogłasza, co następuje: »Organizacya śląska zwróciła się do prezydyum Związku z prośbą o orzeczenie, czy bojkot, ogłoszony przez tę organizacyę co do posady lekarza gminnego i kasy chorych w Piotrowicach należy utrzymać, czy też odwołać, o co naciska Namiestnictwo śląskie, grożąc w razie przeciwnym rozwiązaniem organizacyi. Prezydyum Związku po skrupulatnem zbadaniu sprawy i przesłuchaniu interesowanego kolegi, Dra Kłuszyńskiego, orzekło jednomyślnie, że nie mogłoby aprobować uchylenia bojkotu, a to z następujących powodów: 1) Założenie socyalno-demokratycznej spółki spożywczej przez Dra Kłuszyńskiego nie pozostaje w żadnym związku z jego działalnością lekarską. 2) Również w żadnym związku z działalnością lekarską Dra Kłuszyńskiego nie pozostaje propaganda socyalistyczna, rozwijana przez niego w Piotrowicach i okolicy, co mu zresztą na podstawie ogólnych praw obywatelskich było wolno. 3) Zarzuty przeciw Drowi Kłuszyńskiemu, jako lekarzowi, są częścią zupełnie bezpodstawne, częścią niedowiedzione, a mają swe źródło w błędnej ocenie działalności lekarskiej przez profanów i w widocznem usiłowaniu, by Dra Kłuszyńskiego za każdą cenę usunąć z posady. 4) Przeciw pewnym osobom wystąpił Dr Kłuszyński w dziennikach dopiero wtedy, gdy mu już posady wypowiedziano, wystąpień tych nie można więc uwzględniać przy ocenie przyczyn wypowiedzenia posad. 5) Prezydyum Związku państw. przekonało się z przedłożonych aktów jasno, że jedyną przyczyną pozbawienia Dra Kłuszyńskiego posad są względy czysto polityczne i osobiste, że przeto bojkot tych posad przez Organizacyę śląską jest zupełnie uzasadniony. 6) Ponieważ stosunki nie uległy tymczasem zmianie, przeto niema żadnego powodu, by bojkot uchylać. — Organizacya śląska poddając się orzeczeniu powyższemu, bojkot posad w Piotrowicach nadal utrzymuje. Prezydyum Związku państw.: *Dr Gruss, Dr Koralewski, Dr Skorscheban*«. (Krok rządu wobec tego — obacz wyżej). *R.*

Zarząd organizacyi lekarzy krakowskich uchwalił na posiedzeniu w d. 28. II. 1909 rozesłać do wszystkich tych lekarzy w Krakowie, którzy jeszcze do organizacyi nie przystąpili, pismo z prośbą o rychłe przystąpienie i z nadmienieniem, że na życzenie będzie wkładka zniżoną na 12 k. rocznie; uwolnienia przyznawane będą tylko z roku na rok. Postanowiono

starać się o uzyskanie ulg ekonomicznych dla członków organizacyi. W sprawach, należących do zakresu organizacyi, zwracać się należy do sekretarza Dra Witalińskiego.

Do Związku lekarzy okręgowych galicyjskich zgłosiło gotowość przystąpienia dotychczas 61 kolegów. Donosząc o tem, nawołuje Dr Gilnreiner (Głos lek. 5), by i inni lekarze okręgowi nie ociągali się ze zgłoszeniem przystąpienia do Związku, którego konieczną potrzebę na kilku przykładach wywodzi. *R.*

Towarzystwo lekarzy kolejowych zachodniej Galicyi odbyło w dniu 20. lutego 1909 Walne Zgromadzenie; wziął w niem udział prezes Towarzystwa lekarzy kol. austr. kol. Dr Bergmann z Wiednia, który zdał sprawozdanie z dotychczasowej działalności Towarzystwa. Wyniki już osiągnięte, które wejdą w życie z dn. 1. kwietnia b. r., ograniczają się do: 1) podwyższenia poborów lekarzy kolej. przez podwyższenie honoraryum od każdego członka kasy chorych, na który to cel uzyskano od ministerstwa skarbu kwotę 250.000 koron rocznie; przy podwyższaniu poborów wzięta będzie w rachubę odległość zamieszkania członka kasy chorych od mieszkania lekarza, — ilość kilometrów przestrzeni przydzielonej lekarzowi, — gorsze stosunki komunikacyi i t. d.; 2) ubezpieczenia na starość lek. kol., nie mających charakteru urzędników; 3) ulg dla lekarzy, nie mających charakteru urzędników w otrzymywaniu kart wolnej jazdy na kolejach państwowych; 4) ministerstwo kolejowe ogłosi dyrektywy, któremi mają się kierować Dyrekcye kolejowe przy rozpisywaniu konkursów i obsadzaniu posad lekarzy kolejowych.
Prezes: *Dr Jabłoński.* Sekretarz: *Dr Czerny-Szwarcenberg.*

Protest posła do parlamentu austr., Dra Michla, zwrócony do prezydenta ministrów i kierownika ministerstwa handlu. »Z »Arbeiterzeitung« dowiaduję się, że stała Rady pracy w ministerstwie handlu odniosła się do rządu z żądaniem, oddania jej do oceny projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. Nadto wyczytałem w notatce, umieszczonej w temże piśmie, że istotnie na 11. i 12. b. m. zwołano na posiedzenie komisyę tejże Rady pracy dla narad nad przedłożeniem rządowem. Z tego wnoszę, że rząd dał posłuch życzeniu Rady pracy. Otóż protestuję przeciw takiemu niezwykłemu postępowaniu, a mianowicie przeciw temu, żeby przedłożenie rządowe, które już oddano do komisyi parlamentarnej, rząd oddawał do oceny ciału pozaparlamentarnemu. Protestuję przeciw temu, jako poseł do parlamentu i jako przewodniczący Związku przyjaciół lekarzy w parlamencie, gdyż postępowanie takie upośledza lekarzy austr., a natomiast innym czynnikom zapewnia niesprawiedliwy większy wpływ na przedłożenie rządowe, tembardziej, że do Rady pracy nie należy ani jeden lekarz, jako zastępca interesów swego zawodu. Protestuję przeciw temu, bo minister spraw wewn. i prezydent ministrów odmówił spełnienia prośby prezydyum organizacyi lek., które w czerwcu 1908 prosiło o zwołanie ankiety w sprawie ubezpieczenia społecznego z udziałem zastępców lekarzy: odmowę uzasadniano tem, że w ówczesnym okresie sprawy taka ankieta jest już niedopuszczalna«. *Stahr.*

Wobec lekarzy, broniących się na polu zawodowem w Niemczech, różne czynniki, a niestety i przedstawiciele rządu, chwytają się nowych sposobów walki, polegających na oczernianiu lekarzy przed społeczeństwem i wyrabianiu nieufności do stanu lekarskiego. Tak n. p. poseł Stadthagen podczas rozpraw nad etatem ministerstwa spraw wewnętrznych zarzucił wprost lekarzom, że dla przypodobania się władzom zmniejszają renty ubezpieczeń i ludzi, rzeczywiście niezdolnych do pracy, uznają za symulantów. »Wyrzucamy setki tysięcy na lekarzy, by oszczędzić trochę na rentach«, wyraził się sekretarz stanu Bethmann-Hollweg, przedstawiając w parlamencie niemieckim nowy projekt ogólnego ubezpieczenia, które utrudni jeszcze więcej położenie lekarzy. Żadnego środka zaradczego na to B. H. jednak nie podaje, przeciwnie zarzuca lekarzom, że strejkują, choć do tego nie mają żadnego prawa, bo »czyż nazwać można ludzkiem postępowaniem, odmowę pomocy umierającemu?« Odnosić się to miało do strejku w Kolonii. W odpowiedzi też na to koloński Związek lekarzy wyraził ubolewanie sekretarzowi stanu, który polegając na niedokładnych i fałszywych informacyach zarzuca lekarzom fakta nieprawdziwe. Pomocy w przypadkach nagłych i »umierającym« nikt nigdy nie odmawiał, przeciwnie, Związek polecił, by lekarze w nagłych przypadkach udzielali pierwszej pomocy, ale bezinteresownie. *X.*

Lekarze praktyczni w Anglii wnieśli protest przeciw nowemu rozporządzeniu, nakazującemu lekarzom bezpłatnie donosić władzy o każdym porodzie najdalej w 36 godzin; lekarze oświadczają, że stan lekarski nie może dozwolić, by ciągle wkładano mu na barki coraz to nowe obowiązki, nie dając w zamian za to żadnego wynagrodzenia, ani polepszenia bytu lekarzy. *X.*

Partacka reklama w Ameryce przewyższa wszystko, co w tym względzie dzieje się w Europie. Co najsmutniejsza, niektóre polskie dzienniki tamtejsze, — przewyższając pod tym względem nawet gazety, wychodzące po angielsku, — świadomie wprowadzają w błąd łatwowierną ludność polską przez umieszczanie sążnistych a bezczelnych inseratów i artykułów partackich. Dr J. Szymański, sekretarz Tow. lek. polskiego w Chicago, nadesłał nam właśnie próbki takich reklam, o treści wprost demoralizującej, umieszczanych w jednym z dzienników polskich przez »doktorów« Spillingera i Knighta. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. II. do 28. II. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 8, Markowa 6), Borszczów (Korolówka 1), Brzeżany (Chorobrów 5, Kuropatniki 1), Dąbrowa (Dąbrowa 1), Drohobycz (Medenice 14, Letnia 5), Horodenka (Hawrylak 4, Harasymów 6), Gródek jag. (Bratkowce 2, Wiszenka 1), Jarosław (Ostrów 3), Kamionka (Kamionka 1), Kolbuszowa (Trzeboś 3), Kołomyja (Słobódka polna 8, Siemakowce 5, Debesławce 2), Kosów (Chomczyn 4), Lisko (Czarna 1), Mościska (Czerniawa 2), Peczeniżyn (Kosmacz 1), Skałat (Orzechowiec 3), Śniatyn (Trościaniec 13), Stanisławów (Chomiaków 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 21. II. do 27. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6, krztuśca 6, płonicy 23 † 4 (w tem obcych 1 † —), duru brzusznego 4 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. II. do 27. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca —, płonicy 4 (2), odry 4 † 1, duru brzusznego 3 † 2 (3 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 7. II. do 13. II. 1909 zgłosiło się do szpitali warszawskich przypadków: ospy 3, odry 3 † 1, płonicy 3 † 1, róży 5, duru brzusznego 13 † 2, duru osutkowego 35 † 1, duru powrotnego 3, błonicy 1, grypy 6. (*Gaz. lek.* 9).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu w d. 26. II. 1909 zajmował się następującemi sprawami: 1) Odczytano pismo komisarza rządowego kasy chorych w J. w sprawie już załatwionej poprzednio; w piśmie tem zapytuje komisarz, czy Izba zawsze w podobnych przypadkach wypowiedzenia posady lekarzowi kasy według zasad pragmatyki będzie uważała postępowanie zarządu kasy za niewłaściwe. Uchwalono odpowiedzieć, że bez względu na pragmatykę Izba będzie musiała stanąć w obronie lekarza, o ile on będzie się czuł pokrzywdzonym. 2) Przyjęto do wiadomości rekurs Dra K. z S. do Namiestnictwa przeciw wyrokowi Rady honorowej z d. 29. I. 1909. 3) Uchwalono przypomnieć kolegom o reskrypcie ministerstwa sprawiedliwości w sprawie drugiej podwody dla znawców. 4) Załatwiono szereg drobnych spraw.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 3. III. 1909 posiedzenie, na którem Prof. Browicz wykładał o gruczołach przytarczycznych, Prof. Jaworski i doc. Nitsch o odczynie Wassermanna i jego modyfikacyach, a Prof. Lewkowicz przedstawił przypadek spazmofilii. W dyskusyach zabierali głos: Dr Eisenberg, Prof. Klecki, Prof. Lewkowicz, Dr Rydel.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego uchwalił przedstawić docentów: Dr A. Wrzoska, L. K. Glińskiego i S. Horoszkiewicza do nominacyi na profesorów nadzwyczajnych.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe ogłosiło sprawozdanie za rok 1908 (18. rok istnienia). W roku tym był prezesem Towarzystwa r. dw. Prof. Wicherkiewicz, (którego zasługi w ciągu dziesięcioletniego urzędowania Towarzystwo w stosowny sposób w r. 1908 uczciło), wiceprezesem Doc. Braun, sekretarzem stud. med. p. C. Jakubowski, jego zastępcą p. J. Nowaczyński, administratorem stacyi ratunkowej Dr Pachoński, lekarzem-instruktorem Dr Radliński. Oprócz członków założycieli, dobrodziejów i dożywotnich (25), liczyło Towarzystwo 199 członków zwyczajnych, a 86 czynnych

(42 lekarzy, 44 słuchaczy medycyny). Dochody Towarzystwa wynosiły 12.307·85 k., w tem wkładki członków 2357, subwencye 4800, dary 824·63 k. Majątek Towarzystwa wynosi 35917·17 k. Towarzystwo zmierza do wybudowania własnego domu i zaprowadzenia stałych dyżurów lekarskich; oba te zamiary rozbijają się jednak dotąd o brak dostatecznych funduszów. Towarzystwo oświadczyło gotowość urządzenia stałych dyżurów lekarskich, gdyby zarząd miasta podniósł subwencyę miejską z 2000 na 4000 k.; sprawa ta nie jest jeszcze załatwiona. Zarząd miasta dostarcza obecnie Towarzystwu lokalu, koni i 3 sanitaryuszy. Stacya ratunkowa uzyskała w r. 1908 pewne ulepszenia i obfitszy inwentarz, tak że obecnie rozporządza 4 karetkami, lektyką na kołach, 4 noszami, 11 kuframi ratunkowymi. Dla członków czynnych odbył się kurs niesienia pomocy w nagłych przypadkach; prowadził go Dr Radliński, uczestniczyło w nim 20 słuchaczy medycyny. Sprawozdanie z działalności lekarskiej Pogotowia, zestawione nader pracowicie i dokładnie przez zastępcę sekretarza, p. J. Nowaczyńskiego. a obejmuje statystykę ilości wezwań (w r. 1908 — 4.598, od założenia Towarzystwa 50.199), udzielonej pomocy, zajęcia, wieku i płci ratowanych, rodzaju wypadków i zachorowań (najwięcej chirurgicznych: 2917, w tem rany cięte 28·81%), bardzo szczegółowe zestawienie samobójstw i t. d.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. odbył w d. 9. II. 1909 posiedzenie, na którem uchwalono: 1) zawezwać lekarzy drohobyckiej kasy chorych, aby przedłożyli pisemne oświadczenie o zrzeczeniu się swych posad od 1. IV. b. r., 2) Dra Polończyka wezwać listem poleconym do stawienia się przed Izbą, 3) zasięgnąć informacyi w Wydziale kraj. w sprawie usunięcia z posady lekarza okręgowego Dra H., 4) referat w sprawie tytułu »specyalistów« oddać Dr Pappéemu, 5) administracyi podatków odpowiedzieć dopiero po porozumieniu się z interesowanym lekarzem, 6) wyjaśnić Dr K. z M., że w nagłych przypadkach nie może odmówić pomocy członkom kasy chorych, choć nie jest jej lekarzem, 7) udzielić opinii co do 3 nowych aptek, 8) zwołać posiedzenie pełnej Izby z początkiem marca. — Na posiedzeniu Rady honorowej w d. 17. II. 1909 miał być przesłuchany Dr Polończyk, który się jednakże nie stawił; uchwalono rozpisać ponowną rozprawę. Następnie uchwalił Wydział wezwać Dra M. z Janowa dla porozumienia się w sprawie taryfy.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

Na fundusz wdów i sierót po lekarzach złożyli lekarze rządowi 110 koron, jako pozostałość ze składki na wieniec dla ś. p. Dra Daimera, referenta sanitarnego ministerstwa spraw wewnętrznych.

W imieniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich potwierdzamy odbiór tej kwoty, wyrażając ofiarodawcom serdeczne podziękowanie.

Sekretarz: *Dr Świątkowski.* Prezes: *Dr Merunowicz.*

— Dyplom doktorski uzyskał p. Roman Łaba, rodem ze Lwowa.

— Poseł do parlamentu Dr Józef Gold wybrany został burmistrzem m. Złoczowa.

Warszawa. Obchód ku uczczeniu setnej rocznicy urodzin Darwina odbył się w sali Filharmonii w d. 25. II. 1909. Wykłady wygłosili: p. Czartkowski, Dr Sosnowski, L. Krzywicki, K. Stołyhwo i St. Sterling.

— Dr Teresa Ciszkiewiczowa obchodziła 28. II. 1909 25-letni jubileusz pracy zawodowej; wśród składających życzenia mowców zabierał głos Henryk Sienkiewicz.

— Towarzystwo lekarskie kieleckie wybrało 20. II. 1909 na rok bieżący następujący zarząd: prezes Dr A. Czaplicki; wiceprezes Dr J. Daszewski; członkowie: Dr M. Zawadzki i Dr Br. Laskowski; sekretarz Dr A. Ryttel; skarbnik Dr Ł. Jedlicki; bibliotekarz Dr K. Kosieradzki. Do komisyi rewizyjnej: Dr P. Jankowski, Dr A. Stadnicki i prowizor farmacyi J. Krzanowski. Towarzystwo liczy 25 członków rzeczywistych.

Z różnych stron. *Od Dra Skałkowskiego ze Lwowa, konsula »Tutmonda esperantista kuracista asocio (T. E. K. A.)« na Austryę, otrzymujemy następującą odezwę:*

»Dzięki inicyatywie centralnego komitetu światowego Związku lekarzy esperantystów (T. E. K. A.) powstała komisya, złożona z lekarzy najrozmaitszych narodowości, a mająca na celu w przyszłym międzynarodowym Zjeździe lekarskim, który się ma odbyć w Peszcie od 29 sierpnia do 4 września 1909, wprowadzenie wykładów lekarskich w języku esperanto. Dotychczas komisya ta składa się z następujących osób. Z Austryi (Galicya) Dr B. Skałkowski (Lwów), z Niemiec Dr E. Rothschuh (Aachen), z Francyi Dr Artignes (Versailles), z Polski Dr Leon Zamenhof (Warszawa), z Rosyi Dr N. Kabanów i Dr K. Szydłowskij (Moskwa), z Anglii Dr Legge, z Węgier Dr Kováts J. Wedle regulaminu Zjazdu dozwolone jest w dyskusyi i wykładach w sekcyach użycie jakiegobądź języka, pod warunkiem, że treść przemów i dyskusyi będzie przetłómaczona na jeden z języków, urzędowo dla Zjazdu przyjętych (francuski, niemiecki, angielski, włoski). Tym sposobem pod względem formalnym jest zupełnie dozwolone użycie języka esperanto na odbyć się mającym Zjeździe. Ażeby urzeczywistnić to, przedewszystkiem trzeba, aby w Zjeździe uczestniczyło jak najwięcej wykładających i tłómaczy esperanto. Ponieważ tytuły wykładów muszą być do komitetu organizującego zgłoszone najpóźniej do 30. kwietnia 1909 i sam Zjazd już niedługo się odbędzie, dlatego koniecznem jest ustalić bez zwłoki nazwiska udających się na Zjazd i tytuły ich wykładów. Dlatego zwracamy się do kolegów esperantystów z prośbą o jak najszybsze podanie nam nazwisk i tytułów ich wykładów. Ponieważ w Peszcie tworzy się specyalne miejsce przyjęcia dla lekarzy esperantystów różnych narodowości, upraszamy mających zamiar jechać na Zjazd, choćby nie mieli zamiaru wykładać, o podanie swych nazwisk. Warunki przyjęcia i udziału w Zjeździe są następujące: Wkładka członka 25 koron (10 rb.), żony i córki uczestników płacą połowę, o ile chcą brać udział w korzyściach, zastrzeżonych dla członków. Wkładki należy posyłać na ręce skarbnika, Prof. Dra de Elischera (Budapest VIII. Esterházy-utcza 7), zawiadamiając, w której sekcyi lub sekcyach zamierza uczestnik brać udział, i załączając adres wyraźnie pisany lub bilet wizytowy. Na wykłady przeznaczono 15 minut, na przemówienia w dyskusyi po 5 m., na końcowe przemówienie 10 m. Wszelkie wiadomości upraszamy przesyłać pod adresem Dr N Kabanov (Moskwa Neopalimowskij per. 12) lub Dr Szydłowskij (Moskwa Arbat Deneżnij per. 28 kw. 5).

N. Kabanow, mp. *K. Szydłowskij*, mp.«.

— Liczba słuchaczy medycyny w półroczu zimowem 1908/9 wynosi. w Wiedniu 1972, w Pradze na wszechnicy czeskiej 631, w Krakowie 515 (zwyczajnych 450 słuchaczy i 44 słuchaczek, 14 słuchaczy nadzwyczajnych, 7 hospitantek), w Gracu 361, w Pradze na wszechnicy niemieckiej 344, we Lwowie 304 (zwyczajnych 262 słuchaczy i 37 słuchaczek, 5 słuchaczy nadzwyczajnych), w Innsbrucku 197.

— Przy klinice Prof. Fingera w Wiedniu założyło ministerstwo oświaty państwowy zakład serodyagnostyczny. Zakład ma obowiązek wykonywać między innemi odczyn Wassermanna bezpłatnie dla wiedeńskich szpitali. *X.*

— W Berlinie zawiązał się »Niemiecki Związek opieki nad niemowlętami«, którego pierwszy Zjazd odbędzie się w Dreznie w czerwcu 1909.

— Miarą ofiarności na szpitale, przytułki, cele naukowe i t. p. w Niemczech jest to, że w jednym tylko numerze (7) »Deutsche med. Wochenschrift« wspomniano o następujących fundacyach: w Heidelbergu 130.000 marek na zakład badania radu, w Berlinie 1,070.000 mk. na szpital i przytułek dla starców, w Karlsruhe na takiż cel 700.000 mk., w Cölleda na zakład dla dzieci 120.000 mk., w Halle na pływalnię ludową 50.000 mk.

— W Peszcie utworzył się Związek prasy lekarskiej węgierskiej.

— Akademia Umiejętności w Turynie ogłasza konkurs międzynarodowy z terminem do 31. grudnia 1910, a nagrodą 9300 lirów dla tego, który »dokonał najwybitniejszego i najużyteczniejszego odkrycia, ogłosił najsłynniejsze dzieło w zakresie nauk ścisłych, przyrodniczych, fizyologii i t. d.«.

— W Londynie istnieje 123 szpitali (z nich 12 dla dzieci), mających razem około 11.000 łóżek, z których średnio zajętych jest 9000. Wydatki tych szpitali wynoszą rocznie około 25 milionów koron.

— W Odessie ma powstać szkoła lekarska dla kobiet.

— Towarzystwo niem. lekarzy petersburskich obchodzi 31. III. b. r. 50-lecie istnienia.

— Stopień lekarski uzyskało w Charkowie przy egzaminach państwowych w grudniu r. z. 65 osób, z tego 55, mających zagraniczne dyplomy doktorskie.

— Ortopedyczny instytut Rizzoli w Bolonii ogłasza międzynarodowy konkurs imienia Humberta I na nagrodę w kwocie 3.500 lirów za najlepszą pracę lub wynalazek w dziedzinie ortopedyi. Termin ostateczny do 31. grudnia b. r. Zgłoszenia do prezesa instytutu (Giuseppe Baccheli) w Bolonii. *X.*

— Korespondent angielski »Münch. m. Woch.«, chcąc udowodnić, że nie wszyscy Anglicy są uprzedzeni do Niemców, wypisuje pochwały na cześć nauki niemieckiej twierdząc, że wszystko, co najlepszego mamy w medycynie, pochodzi z Niemiec. Pochwały te są tak przesadzone, że aż sama redakcya dodaje uwagę, iż Anglia nie stoi znowu w nauce medycyny tak bardzo poza Niemcami; dość wspomnieć nazwiska takie, jak Jennera, Darwina, Listera i t. p. *X.*

— Prof. Baginsky w Berlinie obliczył, że surowica przeciwbłonicza uratowała w ostatniem dziesięcioleciu w Niemczech około 162.000 dzieci od śmierci.

— Na cele IV. Zjazdu lekarskiego amerykańsko-romańskiego i połączonej z nim wystawy higienicznej, które się mają odbyć w Rio de Janeiro w sierpniu i wrześniu, przeznaczył rząd brazylijski prawie milion koron.

— Ofiarą promieni Röntgena padł Profesor Andren z Rochester, któremu odjęto lewą rękę z powodu zmian bardzo ciężkich, powstałych skutkiem rentgenizacyi. *X.*

— Pierwszą kobietą, która mianowana została profesorem uniwersytetu na Wydziale lekarskim, jest Dr Ida Ura-Ka z Tokio. *X.*

— Trzęsienie ziemi w Messynie i dla nauki przyniosło niemałą szkodę, przerwało bowiem ciekawe bądź co bądź badania nad nowotworami profesora Sanfelice, prowadzone od lat piętnastu. Sanfelice utrzymuje, że przez wstrzykiwania grzybka nazwanego »saccharomyces neoformans« można u zwierząt wywołać typowe nowotwory. Zupełnie takie same nowotwory wywołać można zdaniem Sanfelicego przez wstrzykiwania samej toksyny grzybka. Nowotwory te dają się następnie przeszczepiać dalej na inne zwierzęta. Przez uodpornianie odpowiednią dawką toksyny otrzymał Sanfelice surowicę, która ma posiadać własności zapobiegawcze i lecznicze wobec nowotworów doświadczalnych u zwierząt. Surowicę tę zaczął S. stosować następnie u psów, cierpiących na raka i miał otrzymać wyniki dobre. Doświadczenia te z powodu braku funduszów były bardzo powoli przeprowadzane i dopiero w ostatnich czasach pewien dobroczyńca ofiarował 100.000 lirów na ten cel, a właściwie na założenie kliniki dla biednych chorych na raka, gdyż obecnie zamierzał Sanfelice przeprowadzać już badania na ludziach. Po trzęsieniu ziemi zachodziła obawa, że Sanfelice zginął pod gruzami. Obecnie jednak, jak donosi »Voss. Ztg.« stwierdzono, że ocalał i znajduje się w Neapolu. *X.*

— W czasie zajść między studentami włoskimi a niemieckimi w Wiedniu 23. XI. 1908 został zraniony kulą rewolwerową w okolicę skroni student włoski Fonda. Przewieziono go na klinikę Prof. Hochenegga, gdzie zapomocą promieni Röntgena wykazano pocisk, leżący powierzchownie; pocisk w znieczuleniu miejscowem usunięto. Chory na drugi dzień przybył do opatrunku, a towarzyszący mu kolega zwrócił uwagę opatrującego asystenta na pewne zaburzenia mowy u chorego. Asystent jednak odrzekł, że to niema znaczenia. Chorego przewieziono do Tryestu i tu lekarze szpitalni stwierdzili wybitne zaburzenia mowy. Przy trepanacyi znaleziono odłamek kostny, uciskający na mózg. Wobec tego ze strony Włochów podniosły się głosy oburzenia i twierdzono nawet, że ta niedbałość w klinice wiedeńskiej nie była wcale przypadkową, lecz rozmyślną. Prof. Hochenegg zbadał jednak tę sprawę i zawiesił niedbałego asystenta na 3 miesiące w czynności. *X.*

— Znaczenie krwi w dawnem lecznictwie omawia Kassel (Med. Klin. Nr 5). Zdawna już uważano krew ludzką i zwierzęcą za środek, mający różne cudowne lecznicze własności. Już Faraon dla wyleczenia się żądał krwi 150 dzieci żydowskich. Aulus Cornelius Celsus polecał krew jaskółki lub gołębia, jako środek na oczy, a krew ludzką przy padaczce. Krew miesiączkowa, użyta w maści, miała chronić od zastąpienia, a krew starszych kobiet miała pomagać przy podagrze. Krew kozy, zająca, stosowano przy czerwonce, piegach i chorobach skórnych, krew psa przy wściekliźnie, żółwia przy padaczce, krew kameleona miała usuwać włosy z twarzy. Galen wspomina o skuteczności krwi kozła przy kamieniach pęcherza, krwi sowy przy duszności i krwiopluciu. Po napadzie padaczki, celem przywrócenia przytomności, smarowano chorym czoło i wargi krwią ich własną. Cajus Plinius twierdził, że krew wołu służy często do otrucia samobójcom, a Matthiolus (1500—1577), że po wypiciu krwi miesiączkowej wystąpić mogą choroby umysłowe, zwłaszcza, o ile kobieta, z której krew pochodzi, jest żółciowa i kłótliwa. Krew kury wstrzymywać miała porost włosów i rozwój piersi, krew gęsi i kaczki działać dobrze, jako dodatek do odtrutek. Krew gołębia leczyć miała krótkowzroczność, a krew żółwia z winem zatrucie po ukąszeniu przez węża. *X.*

Mianowani: higienista doc. P. Th. Muller w Gracu profesorem nadzwyczajnym; prof. Zieler z Wrocławia dyrektorem kliniki dermatologicznej w Würzburgu,

starszy lekarz powiatowy, Dr Adolf Kuhn, krajowym inspektorem sanitarnym, — lekarze powiatowi Dr Mieczysław Hirschler i Jan Danielski starszymi lekarzami powiatowymi w Galicyi.

Zmarli: Dr Józef Marynowski w 42 r. ż. w Birczy; chir. Rubin Gabel, lekarz miejski w Jaworowie, który swą filantropią zjednał sobie cześć i miłość najszerszych kół ludności, jak tego dowodziła olbrzymia rzesza uczestników pogrzebu różnego wyznania i narodowości, w 69 r. ż.; Dr Adolf Pomper w 54 r. ż. w Radomiu; Dr Wincenty Dziewicki, lekarz ziemstwa, padł ofiarą zawodu, zaraziwszy się durem, w Krasiłowie na Wołyniu, w 33 r. ż.

W czasie trzęsienia ziemi w Messynie zginęli profesorowie d'Urso (chirurg), Zincone (anatom), Melle (dermatolog), Barbera (fizyolog), i docenci: Mandalari, Cambria, Ponzio, Testa, Calderone.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. marca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Łapiński: O odczynie Wassermanna; 2) Dyskusya nad wykładami Prof. Jaworskiego, Doc. Nitscha i Dra Łapińskiego; 3) Dr Nelken i Dr Rose: Przedstawienie przypadków chorobowych z kliniki chorób nerwowych.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Firma J. Riedel, Tow. akc. w Berlinie, wydała, podobnie jak w ubiegłym roku, t. zw. »**Mentor**« na r. b., zawierający, obok nazw, opisu własności i sposobu stosowania nowszych leków, także rozprawki o działaniu alkalichromatu i kw. agarycynowego, o sztucznych zeolitach, wreszcie wykaz przetworów specyalnych, wyrabianych przez firmę. *Rl. W.*